

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Educação e Ciências Sociais
Escola Superior de Saúde de Portalegre

“PROMOVER O ENVELHECIMENTO ATIVO: O DESAFIO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO SOB O OLHAR DO ENFERMEIRO”

Dissertação

Curso de Segundo Ciclo de Estudos em Gerontologia

Ramo: Especialização em Gerontologia e Saúde

Mestranda: Mónica Rebelo

Orientadora: Professora Doutora Helena de Sousa Reis do Arco

Coorientador: Professor Doutor Alexandre Cotovio Martins

Portalegre

Setembro

2019

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Educação e Ciências Sociais
Escola Superior de Saúde de Portalegre

Mestrado: Gerontologia

Ramo: Especialização em Gerontologia e Saúde

Orientadora: Professora Doutora Helena de Sousa Reis do Arco

Coorientador: Professor Doutor Alexandre Cotovio Martins

**“PROMOVER O ENVELHECIMENTO ATIVO: O DESAFIO DA
INSTITUCIONALIZAÇÃO SOB O OLHAR DO ENFERMEIRO”**

Mestranda: Mónica Rebelo

Número de Aluno: 13413

Setembro

2019

CONSTITUIÇÃO DO JÚRI:

PRESIDENTE: Prof. Doutor Abílio José Maroto Amiguiinho

ARGUENTE: Prof.^a Doutora Sofia Maria Borba Roque

ORIENTADOR: Prof.^a Doutora Helena Maria de Sousa Lopes Reis do Arco

DATA: 02 de Dezembro de 2019

Envelhecer

Envelhecer é o único meio de viver muito tempo.

A idade madura é aquela na qual ainda se é jovem, porém com muito mais esforço.

O que mais me atormenta em relação às tolices da minha juventude, não é havê-las cometido...é sim não poder voltar a cometê-las.

Envelhecer é passar da paixão para a compaixão.

Muitas pessoas não chegam aos oitenta porque perdem muito tempo tentando ficar nos quarenta.

Aos vinte anos reina o desejo, aos trinta reina a razão, aos quarenta o juízo.

O que não é belo aos vinte, forte aos trinta, rico aos quarenta, nem sábio aos cinquenta, nunca será nem belo, nem forte, nem rico, nem sábio...

Quando se passa dos sessenta, são poucas as coisas que nos parecem absurdas. Os jovens pensam que os velhos são tolos; os velhos sabem que os jovens o são.

A maturidade do homem é voltar a encontrar a serenidade como aquela que se usufruía quando se era menino.

Nada passa mais depressa que os anos.

Quando era jovem dizia: “verás quando tiver cinquenta anos”. Tenho cinquenta anos e não estou vendo nada.

Nos olhos dos jovens arde a chama, nos olhos dos velhos brilha a luz. A iniciativa da juventude vale tanto quanto a experiência dos velhos.

Sempre há um menino em todos os homens.

A cada idade lhe cai bem uma conduta diferente.

Os jovens andam em grupo, os adultos em pares e os velhos andam sós.

Feliz é quem foi jovem em sua juventude e feliz é quem foi sábio na sua velhice.

Todos desejamos chegar à velhice e todos negamos que tenhamos chegado.

Não entendo isso dos anos: que, todavia, é bom vivê-los, mas não tê-los.

Albert Camus

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, por terem permanecido ao meu lado, incentivando-me a percorrer este caminho, preenchendo as minhas “ausências”, enquanto mãe, ainda que forçadas, consequências do caminho que se impunha trilhar. Comungaram em silêncio das minhas angústias e dúvidas, estendendo-me a mão nos momentos cruciais, impedindo-me de desistir.

Ao meu marido e aos meus filhos, por me “obrigarem” a levantar todos os dias, por me permitirem vivenciar a mais louca e doce aventura, me darem o privilégio de viver, na primeira pessoa, a forma mais pura e desinteressada do amor: ser mãe!

A ti, especialmente a ti, dedico este trabalho.

A ti que antes de eu o ser, adivinhaste que eu o seria.

A ti, que no nosso último encontro, como que num prenuncio, me sussurraste: “a minha enfermeira!”. Não tive oportunidade de o ser para ti... partiste cedo demais! Mas foi em grande parte, pelo que de ti ficou em mim, que hoje o sou!

E é por ti... por ti e pelas minhas duas outras estrelinhas, que contigo me sorriem diariamente, que me comprometi a cuidar com a mesma dignidade e respeito, com a qual exigiria que fosseis cuidados.

Porque aqueles de quem cuido, poderiam ser o meu avô, a minha avó, o meu tio... porque eles são: o pai, a mãe de alguém; o avô, avó de alguém! O amor da vida de alguém, a quem já deram tanto!

Porque aqueles, de quem agora me constituo cuidadora formal, são o espelho das necessidades que poderei vir a ter um dia. E nesse dia? Que esperarei eu daquele que me cuida? Que compromisso assumirá para comigo, a pessoa, o profissional de enfermagem, no papel de meu cuidador formal?

Pelos meus, por aqueles de quem no meu contexto profissional, cuido diariamente, e a quem dedico grande parte do meu tempo, por mim...

Dedico este trabalho a todos os profissionais de saúde, em especial, à Enfermeira Alexandra Rebelo, minha irmã, que cuidam... fazem do cuidar uma missão... missão de cuidar e fazer tudo, a qualquer momento, a qualquer instante... por aquele que foi e ainda é o amor da vida de alguém!

AGRADECIMENTOS

A todos os que entre pontes aéreas, me fizeram sentir acompanhada, me deram ânimo e carinho para continuar, me fizeram, como sempre, sentir em casa. Um agradecimento muito especial à família Eira... amigos para uma vida! Tio Julião, Tio Mário e Tio Carlos, Tia Fátima, Tia Carmo e Tia Carla, confesso, que o que me assusta no envelhecimento, é confrontar-me com a vossa finitude... um dia regressar e não encontrar os vossos braços abertos para me receber, como tão bem o sabem fazer!

Aos Professores António Arco, Adriano Pedro e Raul Cordeiro, que já tendo contribuído para a minha formação, enquanto enfermeira de cuidados gerais, contribuíram com as suas palavras, para que embarcasse nesta nova aventura. Professora Luísa Murta Falcão, o meu muito obrigado, por aquele abraço, que reconforta a alma, a cada reencontro.

A todos os professores do presente curso de mestrado, em especial aos professores Abílio Amiguinho e João Vintém, pelo empenho em me permitirem participar nas aulas, mesmo a quilómetros de distância. Mais que manter aparência jovem, importa manter uma mente jovem. Para um Instituto, que se vê a braços com o problema do envelhecimento populacional e desertificação, são de louvar aqueles, que independentemente da idade reconhecem a necessidade e embarcam em novos desafios.

À orientadora Prof.Dr.^a Helena Arco e ao coordenador Prof. Dr. Alexandre Martins, por todo o incentivo e apoio manifestado ao longo do percurso formativo. Em particular à professora Helena Arco que já, em tempos, tanto contribuiu para o meu percurso académico. Com a palavra certa, no momento certo, mantendo sempre uma postura profissional, competente e empenhada em levar os seus alunos a bom “porto”. Faz falta a humanização do trato, mesmo que quando perante relações de carácter profissional. A humanização, devia ser algo inerente a todas as profissões, de gente que lida com gente!

A todos quantos participaram e tornaram possível a concretização deste projeto.

RESUMO

Com o número, cada vez maior, de pessoas idosas na sociedade, emergem novas questões ligadas ao envelhecimento. O sucesso inegável, inerente a esta realidade, nomeadamente no que se refere às políticas de saúde pública e ao desenvolvimento social e económico do mundo, esbate com a evidente incapacidade de as gerações mais novas cuidarem dos seus idosos. A Institucionalização, é, neste contexto, uma realidade do envelhecimento, que, considerando a dimensão deste fenómeno e desafios que este impõe, carece da devida análise, no que concerne à adoção de medidas promotoras de um Envelhecimento Ativo, que permita, ao idoso institucionalizado, mobilizar as suas potencialidades, de acordo com o seu estado de saúde/doença. Tendo como objetivo refletir sobre o efeito da institucionalização do idoso no processo de envelhecimento ativo, na perspetiva do profissional de enfermagem, desenhou-se um estudo de paradigma qualitativo. Os resultados, sugerem que a institucionalização do idoso se pode constituir como condicionante ao processo de envelhecimento ativo. O clima e cultura organizacional instituídos, são determinantes na forma como o idoso vivencia esse processo, influenciando, ainda, o desempenho dos enfermeiros, considerados profissionais estratégicos, no que concerne à difusão, adesão e implementação de medidas promotoras de um envelhecimento ativo.

Palavras-chave: Envelhecimento ativo, institucionalização, idoso.

ABSTRACT

With the increasing number of older people in society, new aging issues are emerging. The undeniable success inherent in this reality, particularly as regards public health policies and the social and economic development of the world, is offset by the evident inability of younger generations to care for their elderly. Institutionalization is, in this context, a reality of aging, which, considering the magnitude of this phenomenon and the challenges that it imposes, needs to be properly analyzed, regarding the adoption of measures that promote Active Aging, which allows the elderly institutionalized, mobilize their potential according to their state of health / disease. Aiming to reflect on the effect of the institutionalization of the elderly in the active aging process, from the perspective of the nursing professional, a qualitative paradigm study was designed. The results suggest that the institutionalization of the elderly can be a conditioning factor to the active aging process. The climate and organizational culture instituted are decisive in the way the elderly experience this process, also influencing the performance of nurses, considered strategic professionals, regarding the diffusion, adherence and implementation of measures promoting an active aging

Keywords: Active aging, Institutionalization, Elderly.

Abreviaturas e Símbolos

A - Estudos da RI
AHV / AVS - Seguro de velhice e sobrevivência
BAG - Bundesamt für Gesundheit
BFS - Schweizerische Eidgenossenschaft - Bundesamt für Statistik
CSEB - Gesundheitszentrums Unterengadin / Center da sandà Engiadina Bassa
D - Documentos da pesquisa documental
DGS - Direção-Geral de Saúde
DILP - Divisão de Informação Legislativa e Parlamentar
E - Dados entrevista
ENEAS – Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável
Enf. - Enfermeiro
ERPI - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
INE - Instituto Nacional de Estatística
UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas
IPP- Instituto Politécnico de Portalegre
IV / AI – Indemnização por alto nível de incapacidade
OE - Ordem dos Enfermeiros
OMS - Organização Mundial de Saúde
PBE - Prática Baseada em Evidências
PG - Pflegegruppe
RI - Revisão Integrativa
s.d. - sem data
SNS – Sistema Nacional de Saúde
WHO - World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	14
PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
1. ENVELHECIMENTO	19
1.1 - PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	22
1.2 - ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO: REALIDADES PORTUGUESA E SUÍÇA	26
1.3 - ENVELHECIMENTO ATIVO: FUNDAMENTOS, PILARES E DETERMINANTES	32
2. INSTITUCIONALIZAÇÃO	37
2.1 - A SOCIEDADE E O ENVELHECIMENTO: UM NOVO PARADIGMA	37
2.2 - O IDOSO PERANTE O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO: INFLUÊNCIA DO CLIMA E CULTURA ORGANIZACIONAL DAS INSTITUIÇÕES	40
3. PROMOÇÃO DE UM ENVELHECIMENTO ATIVO: UM COMPROMISSO DA ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA	48
3.1 - ENVELHECIMENTO: IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM	50
3.2 - O PAPEL DO ENFERMEIRO NO PROCESSO E PROMOÇÃO DE UM ENVELHECIMENTO ATIVO NO IDOSO INSTITUCIONALIZADO	53
PARTE II- ESTUDO EMPÍRICO	60
1. IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA E APRESENTAÇÃO DOS OBJETIVOS DO ESTUDO	60
1.1 - PROBLEMÁTICA DO ESTUDO: QUESTÃO DE PARTIDA	60
1.2 - OBJETIVOS: GERAL E ESPECÍFICOS	61
2. METODOLOGIA	62
2.1 - JUSTIFICAÇÃO DA METODOLOGIA: TIPO DE ESTUDO E INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	63
2.1.1 - Análise Documental	64
2.1.1.1 - Pesquisa Documental	64
2.1.1.2 - Revisão Integrativa	65
2.1.2 - Entrevista semiestruturada	69
2.1.2.1 - População/Amostra	71
2.1.2.2 - Critérios de inclusão e exclusão	71
2.1.2.3 - Caracterização sociodemográfica da amostra	71
2.1.2.4 - Considerações éticas	72

2.1.2.5 - Autorizações	73
3. PROCEDIMENTO DE TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	74
3.1 - PESQUISA DOCUMENTAL	77
3.1.1 - Categorização dos documentos: Matriz de Síntese	78
3.2 - REVISÃO INTEGRATIVA	78
3.2.1 - Identificação do tema e seleção da questão de partida	78
3.2.2 - Critérios de inclusão e exclusão	79
3.2.3 - Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados	80
3.2.4 - Categorização dos estudos selecionados: matriz de síntese	80
PARTE III – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	81
1. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS	81
1.1 - ANÁLISE DOCUMENTAL	81
1.2 - ANÁLISE DE CONTEÚDO ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS: ELABORAÇÃO DOS QUADROS DE CATEGORIZAÇÃO DAS RESPOSTAS	82
1.3 - DIMENSÕES EMERGENTES DO CRUZAMENTO DE DADOS	83
1.4 - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA	84
2. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS RESULTANTES DE ACORDO COM A CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS E DIMENSÕES EMERGENTES	86
2.1 - ENVELHECIMENTO ATIVO	86
2.1.1 - Conceito de envelhecimento ativo	86
2.1.2 - Como envelhecer ativamente	89
2.2 - INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA	92
2.2.1 - Fatores que conduzem à institucionalização do idoso	92
2.2.2 - Perfil do idoso institucionalizado	93
2.2.3 - Conotação atribuída à institucionalização	94
2.2.4 - Papel do enfermeiro na promoção e processo de envelhecimento ativo	97
2.2.5 - Meios disponíveis: projetos desenvolvidos e/ou a desenvolver	101
2.2.6 - Dificuldades sentidas: limitações à atuação do profissional de enfermagem	104
2.2.7 - Medidas a implementar no sentido de possibilitar a promoção de um envelhecimento ativo	106
CONCLUSÃO	109
BIBLIOGRAFIA	113

BIBLIOGRAFIA DE REFERÊNCIA	113
BIBLIOGRAFIA ANÁLISE DOCUMENTAL	118
APÊNDICES	121
APÊNDICE I – GUIÃO DA ENTREVISTA	122
APÊNDICE II – GRELHA TEÓRICA DO ESTUDO	125
APÊNDICE III – DOCUMENTOS SELECIONADOS PARA O ESTUDO	128
APÊNDICE IV – MATRIZES DE SÍNTESE ANÁLISE DOCUMENTAL	134
APÊNDICE V – QUADROS DE CATEGORIZAÇÃO	254
ANEXOS	292
ANEXO I – PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO	293
ANEXO II – CONSENTIMENTO INFORMADO EM PORTUGUÊS	297
ANEXO III – CONSENTIMENTO INFORMADO EM ALEMÃO	300

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura I - Determinantes do Envelhecimento Ativo	33
Figura II- Metodologia a Implementar	62
Figura III- Fluxograma do caminho metodológico para os resultados (1º Parte)	79
Figura IV - Fluxograma do caminho metodológico para os resultados (continuação)	80

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela I- Designação dos códigos atribuídos aos dados recolhidos e tratados _____	77
Tabela II- Critérios de inclusão e exclusão selecionados para o estudo _____	79
Tabela III - Pesquisa documental: Estudos Selecionados _____	129
Tabela IV- Estudos Selecionados para a RI _____	131
Tabela V- Matriz de Síntese: Pesquisa Documental _____	135
Tabela VI- Matriz de Síntese RI _____	163
Tabela VII: Quadro de Categorização – Conceito de Envelhecimento Ativo _____	255
Tabela VIII - Quadro de Categorização: Representações da Institucionalização e do idoso Institucionalizado _____	259
Tabela IX - Quadro de Categorização: Promoção de um Envelhecimento Ativo no contexto da Institucionalização _____	264
Tabela X - Quadro de Categorização: O Profissional de Enfermagem na promoção de um envelhecimento ativo junto ao idoso institucionalizado _____	282
Tabela XI - Tabela de caracterização sócio demográfica da amostra _____	289

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico I - Perspectivas de Envelhecimento da População Mundial	20
Gráfico II - Crescimento da População, em Portugal, por grupos etários	27
Gráfico III - Perspetivas de Evolução da População com mais de 65 anos na Suíça	30
Gráfico IV - Pirâmides etárias da população residente total, Suíça	30
Gráfico V - Pirâmides etárias da população residente total, Portugal	31

INTRODUÇÃO

O aumento da esperança média de vida, decorrente da melhoria das condições de vida e da qualidade dos serviços de saúde, conduziu ao número crescente de pessoas idosas na nossa sociedade. Na prática, o que se tem verificado é o acentuar dos índices de envelhecimento do país: decréscimo da população jovem e simultaneamente o aumento progressivo da população idosa. Estamos, portanto, perante uma sociedade envelhecida.

É inegável o sucesso inerente a esta realidade, nomeadamente no que se refere às políticas de saúde pública e ao desenvolvimento social e económico do mundo. No entanto, é também inegável a colisão entre essa realidade e a capacidade de as famílias darem resposta aos desafios que esta nova realidade lhes impõe.

Este fenómeno, tem repercussões não só na vida dos idosos, como também, das suas famílias. As alterações que se estão a processar na sociedade, refletem-se na diminuição da capacidade das gerações mais novas em cuidarem dos seus familiares, em assumirem o papel de cuidadores dos seus idosos, e perante as alterações que se estão a processar na sociedade portuguesa, tende a diminuir cada vez mais. Como resposta a esta incapacidade surge, como opção, a Institucionalização do idoso.

O envelhecimento tende a ser encarado como um problema e não como um fenómeno natural. Tal, remete-nos para a necessidade de serem adotadas todas as medidas necessárias para ajudar os idosos a mobilizar as suas potencialidades, de acordo com o seu estado de saúde/doença. Entendam-se por medidas, medidas inovadoras, dirigidas no sentido de um Envelhecimento Ativo. No contexto da Institucionalização, cientes do impacto negativo que esta pode provocar no grau de satisfação na vida do idoso, na medida, em que para este representa uma mudança significativa no seu padrão de vida, essa necessidade reveste-se ainda de maior importância.

O facto é que olhar para o idoso na atualidade, enquanto agente de uma sociedade em evidente mudança é, e tornou-se um verdadeiro desafio. Perante este fenómeno, cada vez mais atual, designado como global, estarão as tradicionais instituições de acolhimento permanente a idosos sensibilizadas para a importância deste desafio e necessidade de uma resposta social

assertiva? Estando ou não, a verdade é que a institucionalização do idoso surge, na maioria das vezes, como a única opção.

No caso concreto do nosso país, Portugal, a evolução histórica das políticas sociais da velhice colocam “a nu” a carência de medidas inovadoras na promoção de um envelhecimento ativo e da participação, na otimização de estilos de vida mais ativos que possam contribuir para a qualidade de vida das pessoas que envelhecem. A formulação de políticas desatentas e desarticuladas, tantas vezes penalizadoras, em nada irá contribuir para a promoção de mais justiça e equidade entre as pessoas. Ao invés de proporcionarem condições que garantam qualidade de vida, estas políticas, quando não ajustadas à realidade, podem contribuir para o acentuar da instabilidade social. São necessárias políticas sociais integradas, que se possam refletir, na qualidade da resposta social dada pelas mais diversas instituições, destinadas à permanência da pessoa idosa.

Considerando os factos explanados, o problema de investigação surgiu, assim, da constatação de ainda predominar um desvio acentuado entre a situação atual, a realidade, e aquilo que seria expectável/desejável. Com este estudo, pretendemos aprofundar o conhecimento sobre o efeito da institucionalização do idoso, no seu processo de envelhecimento ativo, na perspetiva do enfermeiro, e, desta forma, perceber se esta se constitui como condicionante nesse mesmo processo e da sua promoção.

Surgindo a promoção de um envelhecimento ativo e saudável, cada vez mais, como o caminho apontado para dar resposta aos desafios relacionados com a longevidade e o envelhecimento da população, e a institucionalização como resposta à incapacidade das famílias em cuidar dos seus idosos, é de primordial importância, neste estudo pela perspetiva dos profissionais de enfermagem, perceber qual o papel das instituições no processo do envelhecimento ativo e consequentemente, na promoção da qualidade de vida do idoso; em que medida o ambiente e cultura organizacional podem condicionar o processo de envelhecimento ativo. Para tal, é, no entanto, preciso perceber qual a génese do envelhecimento ativo. Por outro lado, será também necessário perceber a importância do papel de quem trabalha nessas instituições no processo e na promoção de um envelhecimento ativo. Aqui destaca-se o papel do enfermeiro, dado serem estes os profissionais de saúde que mais interagem com a pessoa idosa. A verdade é que o papel do enfermeiro é preponderante, sendo considerado um profissional estratégico e privilegiado no que concerne ao promover de mudanças no estilo de vida das pessoas que promovam a saúde e consequentemente a qualidade de vida.

Sendo o envelhecimento populacional, como já foi referido, um fenómeno designado como

global, à escala mundial, é, portanto, também uma realidade predominante em muitas outras sociedades, que não só a portuguesa. Por conseguinte, considerou-se pertinente, com o estudo pretendido, “trazer” à realidade portuguesa, uma outra perspetiva, uma outra realidade - a realidade suíça. Para além de aliciante em termos de realização do estudo, pode dar, em termos de investigação um contributo relevante, na medida em que poderá permitir reiterar ou até mesmo levantar novas questões, indicando novos caminhos, novas respostas à questão de partida na qual se centrará este estudo.

Neste contexto, considerando o problema definido para estudo, a institucionalização perante o processo e promoção de um envelhecimento ativo, a questão de partida formulada, terá como foco determinar: “De que forma a institucionalização do idoso pode influenciar o processo de envelhecimento ativo, na perspetiva dos enfermeiros?”

De forma a dar resposta ao problema de investigação definido, será desenvolvido um estudo ancorado ao paradigma qualitativo, em que os dados irão assim provir, numa fase inicial, da análise documental, nomeadamente pesquisa documental e revisão integrativa [RI] e em fase posterior pela realização de entrevistas semiestruturadas.

No que se refere à pesquisa documental, esta será realizada nas instituições portuguesas e suíça. Esta última, dispõe de um arquivo digital, criado para todo o grupo, onde se inclui “Pflegegruppe [PG]”, onde estão guardados todos os documentos oficiais pelos quais se regem os profissionais da instituição. Para além dos documentos oficiais de autoria do próprio grupo, também é possível ter acesso a documentos de entidades oficiais de saúde suíças e europeias, quer em formato digital, quer em formato papel.

Para a realização da RI será necessário seguir uma sucessão de etapas bem definidas, no caso concreto serão seguidas seis etapas:

1. Identificação do tema e seleção da questão da partida;
2. Estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão;
3. Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados;
4. Categorização dos estudos selecionados;
5. Análise e interpretação dos resultados;
6. Apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

A entrevista semiestruturada será utilizada, neste estudo, como instrumento de colheita de dados, tendo como objetivo principal perceber de que forma o ambiente e cultura organizacional da instituição podem influenciar o processo de envelhecimento ativo. O objetivo principal será perceber essa influência, não só no que diz respeito à adesão dos idosos a medidas/programas

que lhes permitam continuar a envelhecer com mais saúde, autonomia, independência, e com melhor qualidade de vida, em suma, envelhecer ativamente, como também, perceber de que forma o ambiente e cultura instituídos podem e em que medida condicionam o desempenho dos cuidadores formais, neste caso os enfermeiros, no que diz respeito à promoção de um envelhecimento ativo, junto ao idoso institucionalizado.

Considerando o âmbito e a razão pela qual surgiu a necessidade deste estudo, serão entrevistados profissionais de enfermagem, que desenvolvem a sua atividade profissional em duas instituições distintas de longa permanência para idosos. Do total de 8 enfermeiros, 3 pertencem a uma instituição portuguesa, e enquadra-se no tradicional conceito de Estrutura Residencial para Pessoas Idosas [ERPI]; os restantes 5 enfermeiros trabalham numa instituição suíça, onde está implementado um novo conceito de residência permanente para idosos. A escolha do PG, na Suíça, deveu-se não só ao facto de esta instituição estar a implementar um novo conceito, como também ao facto de alguns dos enfermeiros que trabalham na mesma, para além de trabalharem de forma direta com idosos institucionalizados, já terem desempenhado e/ou ainda desempenharem funções de cariz administrativo e já terem trabalhado em instituições onde está implementado o tradicional conceito de lar, que se assemelha ao tradicional “lar” para idosos em Portugal.

Foram tidas em conta as devidas considerações éticas e respetivas autorizações das Instituições que participam no estudo, bem como o Consentimento Informado dos participantes, tendo sido, o projeto, submetido ao parecer da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre [IPP].

O presente trabalho, com base na sequência de passos lógicos e fundamentais a seguir para a sua elaboração, encontra-se estruturado e dividido em 3 partes:

- Parte I: Enquadramento Teórico;
- Parte II: Estudo Empírico;
- Parte III: Apresentação e discussão dos Resultados.

Através da análise dos resultados obtidos e apreensão do significado dos mesmos, esperamos reiterar a necessidade e importância de proporcionar aos idosos respostas sociais assertivas, apresentando eventuais novos caminhos, que permitam o aperfeiçoamento dos modos de intervenção e atuação junto ao idoso institucionalizado, que lhe permitam mobilizar as suas potencialidades, de acordo com o seu estado de saúde/doença, em suma, envelhecer ativamente, contribuindo para a sua qualidade de vida.

O contributo de cada um de nós, por mais pequeno que nos pareça ser, é determinante para

a consciencialização da importância do processo de envelhecimento ativo e do desafio que este constituiu ao nível da institucionalização.

A realização deste estudo, apresenta-se assim, como a reafirmação do compromisso assumido, no sentido da promoção de um envelhecimento ativo e qualidade de vida, com as pessoas idosas que partilham connosco o seu dia-a-dia.

PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. ENVELHECIMENTO

O aumento dos índices de envelhecimento é um facto irrefutável, que resumidamente, se caracteriza pelo aumento progressivo da população idosa em detrimento da população jovem, considerando-se o “envelhecimento populacional uma das mais significativas tendências do século XX.” (Fundo de População das Nações Unidas [UNFPA], 2012:3). Este processo de envelhecimento populacional é “atualmente um fenómeno à escala mundial, com forte tendência de agravamento desde há algumas décadas a nível europeu”. (Direção Geral de Saúde [DGS], 2014:7), ocorrendo

“(…) em países com vários níveis de desenvolvimento. Está progredindo mais rapidamente nos países em desenvolvimento, inclusive naqueles que também apresentam uma grande população jovem. Dos atuais 15 países com mais de 10 milhões de idosos, 7 são países em desenvolvimento.” (UNFPA, 2012:3).

A idade que define o individuo como idoso, é, de acordo com a Organização Mundial de Saúde [OMS], estabelecida conforme o nível socioeconómico de cada nação, pelo que, essa definição varia segundo as condições de cada país. O idoso é definido tendo por base a idade cronológica, considerando-se idosa aquela pessoa com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento, e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos. Ainda que a idade cronológica estabeleça os limites padronizados para agrupar a população em grupos etários, interessa perceber que a idade cronológica, por si só, não determina, nem expressa, um momento exato, em que imperativamente, as mudanças que acompanham o envelhecimento acontecem.

Não se sabe ao certo quando se inicia a velhice, facto é que cada vez mais, faz menos sentido ter os 65 anos como marco definido para o início da terceira idade. “As projeções divulgadas por entidades nacionais e internacionais sugerem que o envelhecimento demográfico irá continuar a acentuar-se no futuro.” (DGS, 2014:7).

De acordo com o relatório “Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio”, se em 1950 havia 205 milhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo, já em 2012, esse número aumentou para quase 810 milhões. Em 2012, estimava-se que esse número pudesse alcançar bilhão em menos de 10 anos e que possa duplicar até 2050, alcançando 2 bilhões (Gráfico I). (UNFPA, 2012).

Número de pessoas com 60 anos ou mais: Mundo, países desenvolvidos e em desenvolvimento, 1950-2050

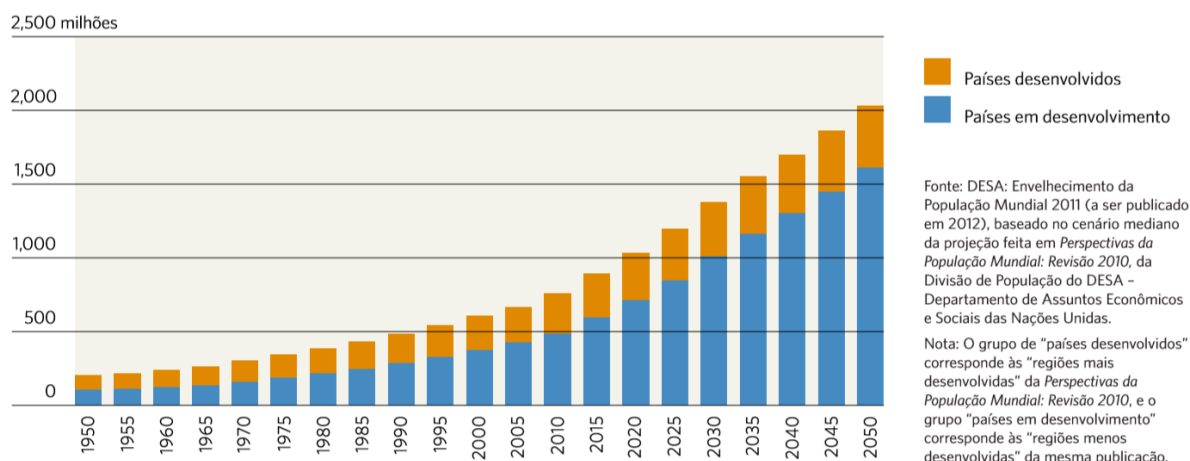


Gráfico I - Perspetivas de Envelhecimento da População Mundial

Fonte: UNFPA

“Em 2050, estima-se que 10% da população africana terá 60 anos ou mais, comparada com 24% na Ásia, 24% na Oceania, 25% na América Latina e Caribe, 27% na América do Norte e 34% na Europa.” (UNFPA, 2012:4). Nesse mesmo ano, 2050, os cenários apontam para que, pela primeira vez, haja mais idosos que crianças menores de 15 anos. “Em 2000, já havia mais pessoas com 60 anos ou mais que crianças menores de 5 anos.” (UNFPA, 2012:7).

Estes dados, vêm corroborar as projeções do Instituto Nacional de Estatística [INE], apresentadas já em 2002, no documento elaborado pelo Serviço de Estudos sobre a População do Departamento de Estatísticas Censitárias e da População: “O envelhecimento em Portugal - Situação demográfica e socio - económica recente das pessoas idosas”, projetando-se que se em

“(…) 1960 e 2000 a proporção de jovens (0-14 anos) diminuiu de cerca de 37% para 30%. Segundo a hipótese média de projeção de população mundial das Nações Unidas, a proporção de jovens continuará a diminuir, para atingir os 21% do total da população em 2050.” (INE, 2002:8).

Ao invés, a “população mundial com 65 ou mais anos regista uma tendência crescente, aumentando de 5,3% para 6,9% do total da população, entre 1960 e 2000, e para 15,6% em 2050, segundo as mesmas hipóteses de projeção.” (INE, 2002:8). “O número de centenários aumentará globalmente de 316.600, em 2011, para 3,2 milhões em 2050.” (UNFPA, 2012:7).

Perante os cenários apresentados, os idosos tendem a tornar-se cada vez mais numerosos em relação às pessoas mais jovens, tal como confirmam dados estatísticos recentes.

“Entre 2010 e 2016, ano mais recente para o qual existem dados comparáveis disponibilizados pelo Eurostat, no conjunto dos 28 países da União Europeia (UE28), observou-se um decréscimo da proporção da população jovem de 15,7% para 15,6%, um decréscimo da proporção de pessoas em idade ativa de 66,7% para 65,0%, e um aumento da proporção de idosos de 17,6% para 19,4%.” (INE, 2017:34).

O ritmo de crescimento da população idosa é quatro vezes superior ao da população jovem. “Entre 2000 e 2050 o número de idosos acima de 60 anos triplicará, chegando a 2000 milhões de idosos.” (Bretanha, Amestoy & Thumé, 2013:215).

“A expectativa de vida ao nascer aumentou substancialmente em todo o mundo. Em 2010-2015, a expectativa de vida ao nascer passou a ser de 78 anos nos países desenvolvidos e 68 nos nas regiões em desenvolvimento. Em 2045-2050, os recém-nascidos podem esperar viver até os 83 anos nas regiões desenvolvidas e 74 naquelas em desenvolvimento.” (UNFPA, 2012:3).

A literatura faz sobressair a análise do envelhecimento sob duas grandes perspetivas. Por um lado, a perspetiva do envelhecimento individual, em que “o envelhecimento assenta na maior longevidade dos indivíduos, ou seja, o aumento da esperança média de vida”, por outro lado, a perspetiva do envelhecimento demográfico, que “por seu turno, define-se pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total.” (INE, 2002:5).

O envelhecimento da população é, irrefutavelmente, um fenómeno que se desenrola à escala mundial, a ritmos diferenciados e um dos mais discutidos nos últimos anos. (Vega & Martínez, 2000). É, antes de tudo, uma história de sucesso para as políticas de saúde pública, assim como para o desenvolvimento social e económico do mundo. (World Health Organization [WHO], 2005 cit. Brundtland, 1999).

“O envelhecimento é um triunfo do desenvolvimento. O aumento da longevidade é uma das maiores conquistas da humanidade. As pessoas vivem mais em razão de melhoras na nutrição, nas condições sanitárias, nos avanços da medicina, nos

cuidados com a saúde, no ensino e no bem-estar económico.” (UNFPA, 2012:3).

No entanto, é considerado como um dos principais problemas do século XXI. (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo & Marques, 2013).

O envelhecimento populacional impõe, indiscutivelmente, vários desafios, aos mais variados níveis, quer para os governos, quer para a sociedade, o que não implica vê-lo “como crise. Pode e deve ser planeado para transformar os desafios em oportunidades,” (UNFPA, 2012:6), conscientes, porém, que o “impacto do envelhecimento da população na sociedade vai depender, em parte, da natureza das políticas que vão dar resposta a esta nova realidade”. (SNS, 2017:8 cit. Bloom *et al.*, 2015).

1.1 - PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

De acordo com a DGS (2004:3) “o envelhecimento humano pode ser definido como o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida.” Envelhecer é, por isso, um processo natural, transversal a todo e qualquer ser humano sem exceção, “que caracteriza uma etapa da vida do homem e dá-se por mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem de forma particular cada indivíduo com sobrevida prolongada.” (Mendes, Barbosa, Gusmão, Faro & Leite, 2005:423).

O processo de envelhecer envolve, assim, diversas alterações que acarretam consigo vantagens e desvantagens. Falamos de

“alterações moleculares, morfofisiológicas e funcionais, alterações que estão associadas à própria idade, ao resultado do desgaste temporal e ao acúmulo de danos ao longo da vida, causados, sobretudo, pela interação entre fatores genéticos e a não adesão aos hábitos saudáveis.” (Bretanha *et al.*, 2013:215).

Neste contexto, poderemos então dizer que o processo de envelhecimento é influenciado quer por fatores intrínsecos, inerentes ao próprio indivíduo, quer por fatores extrínsecos, inerentes ao meio ambiente. É um processo complexo, e como tal,

“(…) requer a participação de diversas disciplinas para uma abordagem de múltiplos contornos. Trata-se de um fenómeno que apresenta características diferentes de acordo com a cultura, com o tempo e com o espaço e perpassa trajetórias da vida individual, social e cultural. Nesse sentido, o processo de envelhecimento vai além das mudanças

bio-psico-sociais, tendo suas especificidades marcadas pela posição de classe social, pela cultura, pelas condições socioeconômicas e sanitárias do indivíduo ou da comunidade.” (Moreira & Nogueira, 2008:64)

Ainda assim, verifica-se ser habitual o associar do envelhecimento

“(...) às mudanças físicas, tais como, perda de força, diminuição da coordenação e do domínio do corpo e deterioração da saúde, e às mudanças cognitivas evocadas por problemas na memória e aquisição de novos conhecimentos, entre outras, omitindo as diferenças individuais e a relação com fatores ambientais e sociais.” (Blessmann, 2004:21,22).

O modo como cada ser envelhece é, na verdade, influenciado por vários fatores, entre os quais configuram o estado de saúde, género, estilo de vida e local de residência. Durante o processo de envelhecimento percebem-se diversas perdas, naturais do ciclo da vida, que culminam na velhice e em maior fragilidade do ser idoso. Segundo Mallmann, Neto, Sousa & Vasconcelos (2015) do processo de envelhecimento resultam modificações biopsicossociais no indivíduo, associadas à fragilidade, a qual pode conduzir a uma maior vulnerabilidade e, conseqüentemente ao aparecimento de muitas doenças, gerando limitações ao idoso. As perdas progressivas de diversas capacidades, próprias do envelhecimento, leva os idosos, especialmente os idosos com mais de 80 anos, a tornarem-se dependentes dos outros, consequência da predominância de condições crónico-degenerativas, o que poderá caracterizar a fragilidade dos idosos. (Andrade *et al.*, 2011).

“No nível biológico, o envelhecimento é associado ao acúmulo de uma grande variedade de danos moleculares e celulares. Com o tempo, esse dano leva a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, um aumento do risco de contrair diversas doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo. Em última instância, resulta no falecimento. Porém, essas mudanças não são lineares ou consistentes e são apenas vagamente associadas à idade de uma pessoa em anos.” (OMS, 2015:12).

A idade, conceito multidimensional, não é um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento, é “apenas uma forma padronizada de contagem dos anos vividos, uma vez que existem variações de diferentes intensidades relacionadas ao estado de saúde, participação e níveis de independência entre pessoas mais velhas que possuem a mesma idade”(Schneider & Irigaray, 2008:589), que podem influenciar diretamente no envelhecimento

do ser humano. Não obstante da sua complexidade e das perdas que advêm desse mesmo processo, o envelhecimento não deve ser apresentado como sinónimo de doença.

“As doenças são estigmas do envelhecimento. Há uma relação de reciprocidade entre velhice e doença, tão enraizada, que fica difícil lembrar que doença é acidente, e que pode acontecer a qualquer pessoa, em qualquer idade, enquanto a velhice consiste em uma etapa da vida e que só não envelhece quem morre cedo.” (Blessmann, 2004:30).

O processo de envelhecimento, indiscutivelmente complexo, é universal, comum a todos os seres vivos, devendo ser considerado como uma fase natural da vida do ser humano. Fontaine (2000:19), considera que o envelhecimento deve ser encarado não como um estado, mas sim, como um processo de degradação progressiva e diferencial, “impossível de datar o seu começo porque, de acordo com o nível no qual se situa (biológico, psicológico ou sociológico), a sua velocidade e a sua gravidade são extremamente variáveis de indivíduo para indivíduo”.

“Como mostra a evidência, a perda das habilidades comumente associada ao envelhecimento na verdade está apenas vagamente relacionada com a idade cronológica das pessoas. (...) Embora a maior parte dos adultos maiores apresente múltiplos problemas de saúde com o passar do tempo, a idade avançada não implica em dependência.” (OMS, 2015:3).

Contudo, a maioria das pessoas apresenta imagens idadistas da velhice, surgindo estereótipos associados ao idoso. Termos como tristeza, doença, solidão e incapacidade surgem frequentemente como “rótulo” da pessoa idosa. Suposições de dependência baseadas na idade ignoram as muitas contribuições que as pessoas mais velhas podem dar, aos mais diversos níveis, (OMS,2015:7), nesta faixa etária, mais que em qualquer outra, a pessoa idosa parece estar condicionada a viver, mediante o estatuto que lhe impõe.

Evidenciado o carácter individual do processo de envelhecimento, assumimos que “não existe um idoso ‘típico’.” (OMS, 2015:3). A velhice, processo inevitável, é caracterizado por um conjunto complexo de fatores específicos de cada indivíduo, pelo que, o ritmo e a forma como se envelhece, difere de pessoa para pessoa.

Envelhecer não é um processo estanque, que se possa uniformizar, quase que como numa tentativa de criar uma fórmula padrão, que permita a todos atingir um envelhecimento bem-sucedido. A formulação, o que cada pessoa idealiza como sendo um envelhecimento bem-sucedido, é embargada de subjetividade. Envelhecer é uma experiência única e individual, cada pessoa vive a sua velhice de forma particular. “A velhice é inerente ao processo da vida, do

mesmo modo que o nascimento, o crescimento, a reprodução e a morte, eventos comuns a todos os seres vivos.” (Blessmann, 2004:28). É um período importante da vida, situado no contínuo nascimento-morte. Envelhecer é, portanto, viver.

“A geração mais velha não é um grupo homogêneo, para o qual bastam políticas generalistas. É importante não padronizar os idosos como uma categoria única, mas reconhecer que essa população apresenta características tão diversas quanto qualquer outro grupo etário em termos, por exemplo, de idade, sexo, etnia, educação, renda e saúde.” (UNFPA, 2012:4).

Numa sociedade global, onde o ser “jovem é sobrevalorizado em detrimento do que é, socialmente, improdutivo” (Gil, 2007:25), é necessário olhar para o envelhecimento de uma forma positiva, reabilitando a “representação do que é ser velho nas sociedades contemporâneas”, (Gil, 2007:25), para que o «ser velho» deixe de ser sinónimo de “fardo”, deixe de ser um “peso”. (Gil, 2007). Na sociedade atual, tende a envelhecer-se num cenário marcado pelo culto ao corpo jovem e à beleza, onde nos é imposto um padrão estético, considerado como sendo o ideal, e por isso, desejado por todos. O envelhecimento, fenómeno biológico “inevitável”, passa a ser um fenómeno cultural indesejável.

Tende-se a sobrevalorizar o idoso, ignorando que este é um ser humano com a capacidade de se adaptar, de aprender e transmitir conhecimento, conferindo-lhes pouca utilidade e relevância social. Urge, portanto, reconhecer a importância de serem adotadas estratégias facilitadoras de um envelhecimento bem-sucedido, de nos aproximarmos de uma visão mais realista da velhice, contribuindo para o desvanecer do idadismo que ainda prevalece.

“A diversidade das capacidades e necessidades de saúde dos adultos maiores não é aleatória, e sim advinda de eventos que ocorrem ao longo de todo o curso da vida e frequentemente são modificáveis, ressaltando a importância do enfoque de ciclo de vida para se entender o processo de envelhecimento.” (OMS, 2015:3).

A literatura remete-nos para o facto de a sociedade continuar a não se preparar da melhor forma, para uma realidade que ela própria criou, pelo que, num “mundo que rapidamente envelhece, metas explícitas de desenvolvimento relacionadas à população mais velha—, notavelmente ausentes nas atuais Metas de Desenvolvimento do Milénio—, devem ser consideradas.”(UNFPA, 2012:6). Para tal, será primeiramente, necessário o reconhecimento

“da inevitabilidade do envelhecimento populacional e a necessidade do preparo adequado de todas as partes interessadas (governos, sociedade civil, setor

privado, comunidades e famílias) para o crescente número de pessoas idosas. Isto deve ser feito através da intensificação do entendimento, do fortalecimento das capacidades nacionais e locais e do desenvolvimento de reformas políticas, económicas e sociais necessárias para adaptar as sociedades a um mundo em envelhecimento.” (UNFPA, 2012:6).

Tal exige a conscientização de cada um de nós, enquanto agentes de uma sociedade em evidente mudança.

1.2 - ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO: REALIDADES PORTUGUESA E SUÍÇA

O aumento da longevidade e consequentemente aumento da população idosa, assim como redução da natalidade e da população jovem, são dois dos aspetos que caracterizam as profundas transformações demográficas que se têm vindo a registar, não só em Portugal, como em muitos outros países.

Iniciado, a princípio nos países desenvolvidos, o envelhecimento da população é um fenómeno mundial, para o qual contribuíram diversos fatores, entre os quais: queda da mortalidade, urbanização adequada das cidades, melhoria nutricional, elevação dos níveis de higiene pessoal e ambiental e os avanços tecnológicos. (Santos, Barlem, Silva, Cestaniri & Lunardi, 2008).

Para o presente estudo será dado enfoque à realidade portuguesa e suíça. Os dados estatísticos demográficos mais recentes indicam que, em Portugal,

“entre 2012 e 2017 a proporção de jovens (população com menos de 15 anos de idade), face ao total de população residente, passou de 14,8% para 13,8%; a proporção de pessoas em idade ativa (população de 15 a 64 anos de idade) também diminuiu de 65,8% para 64,7%; em contrapartida, a proporção de pessoas idosas (população com 65 ou mais anos de idade) aumentou 2,1 p.p. (de 19,4% para 21,5%). Em consequência, o índice de envelhecimento passou de 131,1 para 155,4 pessoas idosas por cada 100 jovens.” (INE, 2017:12).

Em 2015, as pessoas com 65 ou mais anos representavam 20,5% de toda a população residente em Portugal, tendo a esperança de vida atingido os 77,4 anos para homens e 83,2 anos para as mulheres. (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2017 cit. PORDATA, 2016). Nesse mesmo ano, o índice de envelhecimento em Portugal passou de 27,5% em 1961 para 143,9%. (SNS, 2017 cit. PORDATA, 2015).

As alterações na estrutura etária da população, nomeadamente, no que se refere ao decréscimo da população jovem e o aumento da população idosa, “refletem-se na continuação do processo de envelhecimento demográfico, verificando-se um aumento da idade média da população residente em Portugal de 42,7 para 44,2 anos, entre 2012 e 2017.” (INE, 2017:19). Face a 2012, em 2017, verificou-se um decréscimo de 126 305 no número de jovens (pessoas dos 0 aos 14 anos) e de 250 625 pessoas em idade ativa (dos 15 aos 64 anos). O número de pessoas idosas, por seu lado, evoluiu em sentido oposto, verificando-se um aumento de 180 668 (pessoas com 65 e mais anos). (INE, 2017:24).

Tal, reflete-se também, na diminuição do Índice de Renovação da População em Idade Ativa, verificado entre 2012 – 2017. Neste período, “este índice passou de 88,8 para 78,7 pessoas com 20 a 29 anos de idade por cada 100 pessoas dos 55 aos 64 anos de idade.” (INE, 2017:29). As previsões, no que se refere à evolução futura da população residente, em Portugal, apontam para o acentuar do processo de envelhecimento demográfico, “quer pela redução da proporção de jovens na população total, quer pelo aumento da proporção de população com 65 e mais anos,” tendências essas visíveis no perfil das pirâmides etárias. (INE, 2017:30).

Essas mesmas previsões, apontam para o aumento do número de pessoas com 65 e mais anos, podendo passar de 2,2 para 2,8 milhões de pessoas, entre 2017 e 2080, sendo que o número de idosos atingirá o valor mais elevado em 2049, momento a partir do qual se prevê começar a decrescer. Entre 2017 e 2080, a população com menos de 15 anos de idade irá diminuir, “passando dos atuais 1,4 milhões para menos de 1,0 milhão em 2080. A população jovem ficará abaixo do limiar de 1,4 milhões, já em 2019 (1 388 078), e do limiar de 1,0 milhão em 2062 (995 011).” (INE, 2017:32).

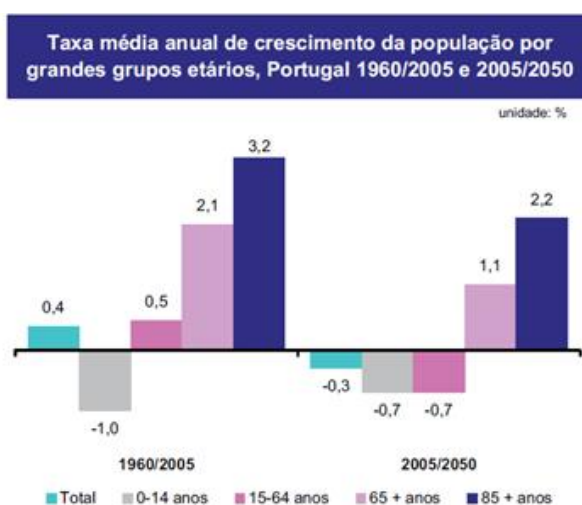


Gráfico II - Crescimento da População, em Portugal, por grupos etários
Fonte: INE

“O índice de envelhecimento, que compara a população idosa com a população jovem, poderá duplicar entre 2017 e 2080, passando de 155 para 309 idosos por cada 100 jovens.” (INE, 2017:31).

No que se refere à população em idade ativa (entre 15 e 64 anos), o cenário não será diferente, pelo que também diminuirá, “passando de 6,7 milhões em 2017 para 4,0 milhões em 2080. Em 2032 ficará abaixo do limiar de 6,0 milhões (5 960 826) e em 2048 abaixo de 5,0 milhões (4 982 281).” (INE 2017:32). “O índice de dependência de idosos, que mede o peso dos idosos na população em idade ativa, poderá mais do que duplicar entre 2017 e 2080, passando de 33 para 71 idosos por 100 pessoas potencialmente ativas.” (INE, 2017: 33). “Portugal mantém assim a tendência de envelhecimento demográfico em resultado da queda da natalidade, do aumento da longevidade e de saldos migratórios negativos observados até 2016”, (INE, 2017: 24), e de acordo com as previsões do INE, de futuro continuará a manter essa mesma tendência.

Na Suíça, à semelhança de muitos outros países, como Portugal, o envelhecimento demográfico trará desafios económicos e sociais nas próximas décadas. O relatório BFS-Aktuell: Demos 1/2018, elaborado pelo departamento de estatística da confederação Suíça (Schweizerische Eidgenossenschaft – Bundesamt für Statistik [BFS]), faz referência a um forte desenvolvimento demográfico da Suíça, desde o final do século XIX. Nos últimos 150 anos, a mortalidade e as taxas de natalidade caíram acentuadamente, estando estas entre as causas do envelhecimento a população da Suíça.

Durante 30 anos, as migrações constituíram o principal fator de crescimento populacional, ajudando a desacelerar o envelhecimento. Desde a década de 1950, o saldo migratório tem sido um forte impulsionador do crescimento populacional suíço. Este, desde o início do novo século, veio mesmo a ser confirmado como o principal fator no desenvolvimento demográfico da Suíça. No ano de 2016, foram registados cerca de 88.000 nascimentos e pouco menos de 65.000 mortes e foi registado um saldo migratório positivo de 72.000 pessoas, enquanto, em 1900 havia quase 80 jovens para 100 pessoas entre os 20 e os 64 anos, já em 2016 este rácio caiu para pouco menos de um terço (32,5). (BFS, 2018).

Contrariamente, desde 1900, o índice de dependência dos idosos aumentou acentuadamente, tendo a parcela da população com 65 anos ou mais aumentado acentuadamente, quando comparada com a faixa etária de 20 a 64 anos. Se no início do século passado havia apenas cerca de 6 pessoas com 65 anos ou mais, para 100 pessoas com idades

entre 20 e 64 anos, em 2016, havia quase 30 pessoas com 65 anos ou mais para 100 pessoas com idades entre 20 e 64 anos. (BFS, 2018).

O rácio de dependência dos jovens mostra que o grupo etário com menos de 20 anos caiu acentuadamente, em comparação com o grupo etário dos 20 aos 64 anos. As taxas de natalidade têm sido demasiado baixas para assegurar a substituição de gerações desde 1970. A idade média da população suíça aumentou de 25,1 anos, em 1900, para 42,4 anos em 2016, sendo a idade média das mulheres (43,4), ligeiramente maior que a dos homens (41,3). Um quinto da população tem atualmente 65 anos ou mais, enquanto este número era de pouco menos de 6%, em 1900. Naquela época, mais de 40% dos homens e mulheres tinham entre 0 e 19 anos. A mesma faixa etária corresponde hoje apenas a 20% da população, ou seja, reduziu para metade. Enquanto as pessoas entre 20 a 64 anos de idade perfaziam 50% da população em 1900, hoje, essa faixa etária, representa pouco mais de 60% da população. No entanto, houve uma mudança considerável entre os 65 e mais de idade. Em 1900, essa faixa etária representava 11% da população, hoje representa 36% da população. (BFS, 2018).

Atualmente na Suíça, espera-se que os homens com 65 anos possam viver cerca de mais 20 anos, enquanto as mulheres da mesma idade podem esperar viver quase mais 23 anos. (BFS, 2018). A expectativa de vida dos suíços está entre as mais altas do mundo.

“Segundo as últimas estimativas da OMS, os homens suíços detêm agora a maior expectativa de vida. Os meninos nascidos na Suíça em 2015 devem viver, em média, 81,3 anos. Mas em todo o mundo, são as mulheres que vivem mais. Na Suíça, a expectativa de vida é de quatro anos superior à dos homens, 85,3 anos.” (Swissinfo, 2016).

O número de pessoas com 65 anos ou mais, que conta atualmente com 1,5 milhão de pessoas, aumentará acentuadamente nos próximos 30 anos. De acordo com os cenários apresentados pelo BFS, em 2045, esse grupo representará mais de 2,7 milhões de habitantes. A participação das gerações mais velhas na população irá aumentar de 18% (2016), para pouco menos de 27%, em 30 anos, enquanto o número de pessoas com mais de 80 anos duplicará. Se em 2016, este grupo representava pouco menos de meio milhão, estima-se que, em 30 anos, vivam na Suíça mais de um milhão de pessoas acima dos 80 anos. (BFS, 2018). O envelhecimento demográfico de hoje é frequentemente visto como um problema do futuro e um desafio a considerar para as gerações mais jovens, facto é que, a população envelhecerá rapidamente nas próximas décadas.

Desenvolvimento da população com mais de 65 anos na Suíça, cenário de referência

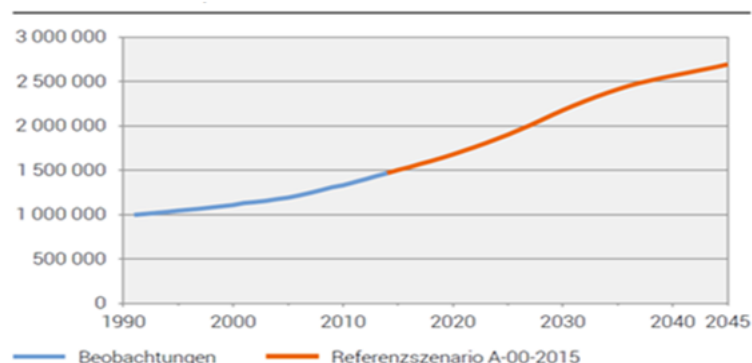


Gráfico III - Perspetivas de Evolução da População com mais de 65 anos na Suíça
Fonte: BFS – ESPOP, STATPOP, SCENARIO

As repercussões na estrutura etária da população são bem visíveis nas pirâmides etárias. A forma da pirâmide, inicialmente com uma base larga e um topo estreito, tem vindo a evoluir, apresentando, desde o início do novo século, a forma de árvore. De acordo com as projeções do BFS, no que se refere à evolução futura da população residente na Suíça, nos próximos trinta anos, a forma da árvore etária evoluirá para a forma de urna. O topo irá continuar a aumentar à medida que as gerações de baby boomers vão envelhecendo. (BFS, 2018).

Pirâmides etárias da população residente total, Suíça

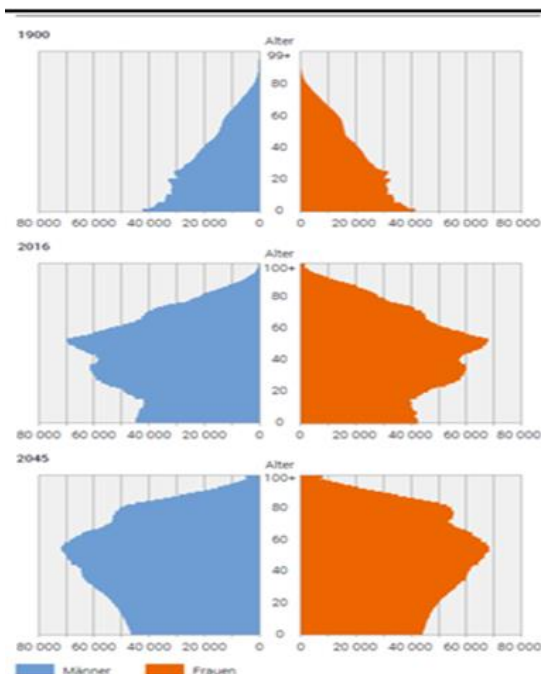
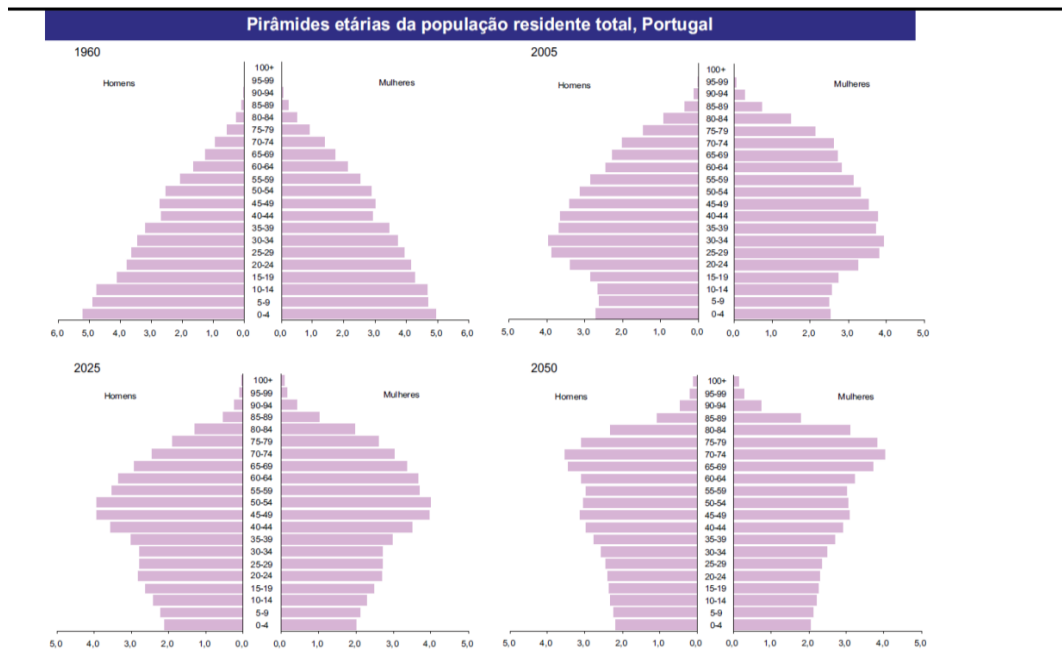


Gráfico IV - Pirâmides etárias da população residente total, Suíça
Fonte: BFS – ESPOP, STATPOP, SCENARIO

As previsões, no que se refere à realidade Portuguesa, apontam no mesmo sentido. A forma triangular, visível na pirâmide que retrata a população residente em Portugal, em 1960, “desvaneceu-se e os perfis das pirâmides são totalmente diferentes no horizonte do período da projeção. Em 2050, a base reduziu-se a mais de metade.” (INE, 2007:25:26).



Em % do total da população residente

Gráfico V - Pirâmides etárias da população residente total, Portugal

Fonte: INE

O envelhecimento populacional é ponto convergente das duas realidades abordadas, sendo consensual, que, no futuro, o grupo de pessoas empregadas que apoiará uma geração cada vez mais envelhecida, será cada vez menor. (BFS, 2018).

Independentemente dos aspetos divergentes, nomeadamente no que se refere ao contexto económico e social, entre estes dois países, Portugal e Suíça, as alterações demográficas verificadas, decorrentes do aumento da esperança média de vida, estão já, a confrontá-los com desafios de ordem e carácter variados, com repercussões a nível económico e social, nomeadamente no que concerne ao emergir de um novo conceito de família e relações sociais, com consequente alienação de responsabilidades.

Será necessária a criação e implementação de políticas promotoras de equidade, que permitam alcançar os tão almejados níveis de saúde, com foco na prevenção e na manutenção da independência. Desta forma, poderá proporcionar-se aos idosos, agregar qualidade de vida, a uma velhice, que se adivinha, cada vez mais longa.

1.3 - ENVELHECIMENTO ATIVO: FUNDAMENTOS, PILARES E DETERMINANTES

O envelhecimento demográfico, representa hoje uma realidade incontestável. As modificações, a médio-longo prazo, que essa realidade impõe fazem emergir a consciência da existência da velhice, como uma questão social. (Freitas, Silva, Vieira, Ximenes, Brito & Gubert, 2010:266). O interesse pelo processo de envelhecimento não é algo de novo, no entanto, o grau de interesse despertado, atinge o auge na atualidade, fomentando o seu estudo, para que a renovação de conhecimento permita dar resposta aos desafios impostos pelo aumento da esperança média de vida. Não estando em causa a pertinência dos conhecimentos produzidos, irrefutavelmente

“O envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível, o que implica uma acção integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social, uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e um ajustamento do ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada.” (DGS, 2004:3).

É neste contexto que surge o conceito de envelhecimento ativo, preconizado pela OMS que o define como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem, (WHO, 2002), com o “objetivo de aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados.”(Freitas *et al.*, 2010:267).

Esta definição, permite-nos referir que o termo ativo abrange muito mais que possibilidade de ser física e profissionalmente ativo. Estar ativo implica, ainda, uma participação contínua na vida social, económica, cultural, espiritual e cívica.

Mallmann *et. al* (2015:1764), considera que o envelhecimento ativo se centra “na otimização das oportunidades de saúde, na participação nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis, além de segurança, a fim de melhorar a qualidade de vida dos idosos e aumentar a expectativa de vida saudável”. Neste sentido, se por um lado, as condições de saúde são determinantes no envelhecimento ativo, por outro, a promoção do envelhecimento ativo não se deverá restringir à promoção de comportamentos saudáveis. É essencial considerar

os fatores ambientais e pessoais, assim como, os determinantes económicos, sociais e culturais, o ambiente físico, o sistema de saúde, o sexo e outros determinantes. (SNS, 2017).

Quando comparado ao conceito de envelhecimento saudável, o conceito de envelhecimento ativo, é mais abrangente, na medida em que além da saúde são tidos em conta os aspetos socioeconómicos, psicológicos e ambientais (Ribeiro & Paúl, 2011). Contempla quer os indivíduos saudáveis e ativos, quer os indivíduos mais frágeis, fisicamente incapacitados ou que necessitem de cuidados, preconizando como objetivo primordial o incremento da qualidade de vida. Os determinantes do envelhecimento ativo, incluem-se assim, na esfera pessoal, comportamental, económica, na esfera do ambiente físico, social e da disponibilização dos serviços sociais e de saúde. Para além destes, é possível identificar dois outros determinantes, que se distinguem dos restantes por serem transversais a todo esse processo, influenciando todos os outros: o género e a cultura (Figura I - Determinantes do Envelhecimento Ativo).

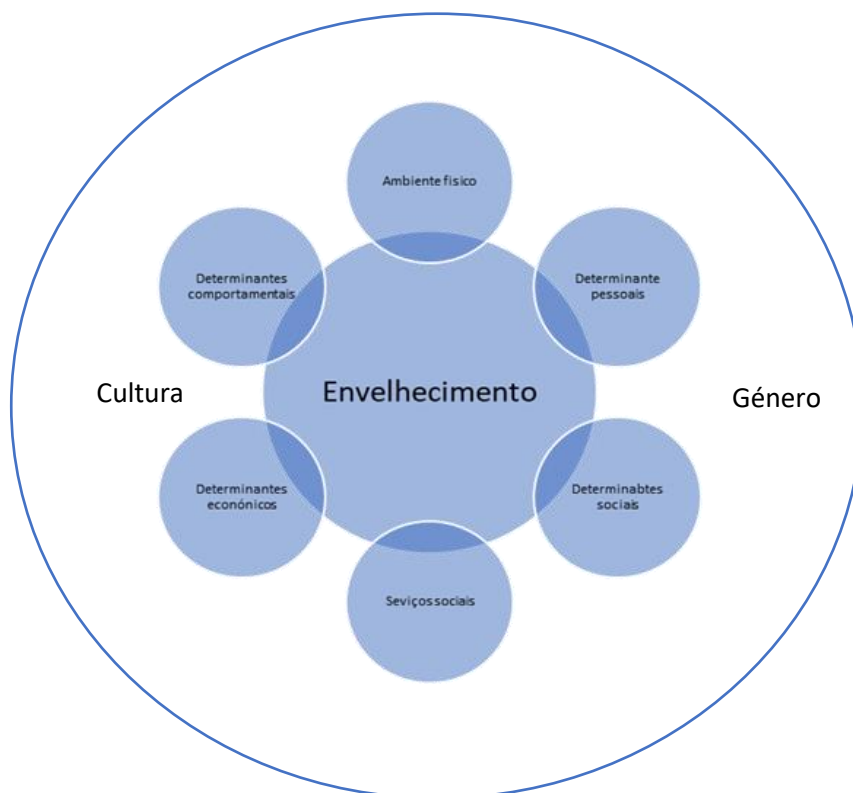


Figura I - Determinantes do Envelhecimento Ativo

Ao contrário daquela que será a definição de saúde proveniente do senso comum, saúde não se define tão e somente pela ausência de doença, mas também por um estado de completo bem-estar físico, mental e social. (Segre & Ferraz, 1997 cit. OMS). No que se refere ao idoso, o estado saudável num sentido amplo seria o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões

da capacidade funcional, sem necessariamente significar ausência de problemas em todas as dimensões. (Evangelista *et al.*, 2014).

“Teorias sociológicas tentam explicar as interações sociais e papéis que contribuem para um envelhecimento bem-sucedido. Dentre elas temos a teoria da atividade, esta sugere que a satisfação com a vida está relacionada à manutenção da vida ativa na velhice. Além desta, temos a teoria da continuidade que propõe a continuidade dos padrões de vida na velhice através da continuação dos hábitos, valores e interesses que fazem parte do estilo de vida da pessoa. Usualmente o idoso possui mais tempo livre no aspecto social e mental. Sendo possível que, quando não estimulados, ou envolvidos com atividades e tendo objetivos, podem se sentir isolados, desmotivados e apresentem o aspecto emocional comprometido.” (Evangelista *et al.*, 2014:89).

Mais que um objetivo a atingir, é um recurso da vida quotidiana. Trata-se de um conceito positivo que valoriza os recursos sociais e individuais, assim como as capacidades físicas. (OMS, 1999).

“O conceito de ‘envelhecimento saudável’ refere-se ao processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas idosas, sendo a capacidade funcional o resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio. O objetivo principal é o bem-estar, um conceito holístico que contempla todos os elementos e componentes da vida valorizados pela pessoa. Assim, mais do que o resultado do sucesso e da motivação individual, o envelhecimento saudável é o reflexo dos hábitos de vida, do suporte e das oportunidades garantidas pela sociedade para a manutenção da funcionalidade das pessoas idosas e para permitir que vivenciem aquilo que valorizam.” (SNS, 2017:9 cit. WHO, 2015).

Geralmente associado ao conceito de saúde, surge então, o conceito de qualidade de vida: a saúde contribui para a qualidade de vida e a qualidade de vida é um fator essencial para a saúde. Estes dois conceitos são de tal forma indissociáveis, que muitos autores não fazem a sua distinção. No entanto, esta torna-se necessária tendo em conta que, para além da saúde, são vários os outros fatores que contribuem para a qualidade de vida. Este é um conceito amplo, subjetivo, que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação

com os aspetos importantes do meio ambiente. (DGS, s.d cit. OMS, 1994). Trata-se de uma percepção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e de valores no qual se vive, e em relação aos objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Por isso, qualidade de vida é considerado um conceito de carácter multidimensional, que engloba componentes objetivos e subjetivos.

Esta perspetiva é partilhada por vários autores, como Mallmann *et al.* (2015), na medida em que, enfatizam a necessidade de as intervenções educativas considerarem “o modo de pensar e viver dos participantes”, promovendo a sua participação ativa em atividades baseadas nas suas necessidades. Tal reflete-se na definição que, estes mesmos autores, nos apresentam do processo de envelhecer com qualidade de vida. Este

“é consequência do viver sem incapacidades, com autonomia para o desempenho de suas funções, o que propicia independência, ao idoso, no contexto sócio económico e cultural. Entende-se qualidade de vida como a adaptação do indivíduo ao meio em que vive em diferentes épocas e culturas sociais.” (Mallmann *et al.*, 2015:1766).

A qualidade de vida é, claramente, a tónica dominante do envelhecimento ativo (Cabral *et al.*, 2013). Considerando que o envelhecimento se inicia antes do nascimento e se prolonga por toda a vida, (SNS, 2017 cit. WHO, 2012), a qualidade de vida não se deverá esgotar no tempo; deveremos procurá-la em todas as fases da nossa vida. Considerando o explanado, o envelhecimento ativo vem expressar

“a conquista do envelhecimento como uma experiência positiva, uma vida longa que deve ser de oportunidades contínuas de saúde, envolvimento social e segurança. Não estando circunscrito à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho, deve considerar leituras subjetivas que permitam manter o envolvimento ajustado com as dimensões individuais, sociais, culturais, espirituais e civis tidas como significativas para a pessoa e não para “o grupo dos mais velhos” que é, como se sabe, mas nem sempre se reconhece, altamente heterogéneo. A ênfase na sua perspetiva de ciclo de vida deve, por isso, sentir-se mais presente, como o deverá ser também a preocupação de se refletir sobre a aplicação do termo ao grupo dos muito idosos, considerado, muitas vezes, como um “recurso menos óbvio” para a sociedade pelo carácter menos “produtivo” dos seus comportamentos.” (Ribeiro, 2012:49).

Torna-se, em particular, “indispensável atentar para o processo de envelhecimento que acomete os idosos, a fim de potencializar as suas capacidades e incentivar as mudanças que possam promover o envelhecimento saudável.” (Mallmann *et al.*,2015:1769). Sobressai a necessidade

“de ajudar e transferir para os cidadãos a capacidade de fazer coisas, coisas simples que se fazem com uma população que se mantém ativa e empenhada relativamente aos seus. (...) A sociedade tem de se organizar por causa da mudança demográfica. Não podemos continuar a pensar que estamos todos muito saudáveis e que estamos todos bem. Não estamos. A inatividade dos idosos conduz a patologias que vão pesar muito na sociedade.” (SNS, 2007: 32).

Envelhecer com saúde, autonomia, independência, e com melhor qualidade de vida, em suma, envelhecer ativamente o mais tempo possível, constitui na atualidade, um desafio à responsabilidade individual e coletiva.

2. INSTITUCIONALIZAÇÃO

“Conseguir viver o mais tempo possível, de forma independente, no seu meio habitual de vida, tem que ser um objetivo individual de vida e uma responsabilidade coletiva para com as pessoas idosas.” (DGS, 2004:4). Deverá ser permitido “às pessoas idosas escolher livremente o seu modo de vida e ter uma existência independente no seu meio habitual, tanto quanto o desejarem e tanto quanto possível (...)”. (Almeida, 2012 cit. Carta Social Europeia do Conselho da Europa, de 1996).

Partimos de princípios básicos, como aquele que nos diz que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos” (Laranjeira, Ferreira & Roquete, 2009:18 cit. Artigo 1º da Declaração Universal dos Direitos do Homem) e aquele que consagra que “as pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeite a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social.” (Fernandes, 2014 cit. Artigo 72º da Constituição da República Portuguesa, 2004).

A realidade está, no entanto, longe de ser sinónimo daquilo que se preconiza: manter e cuidar do idoso no seu meio habitual de vida, numa grande maioria das vezes, não se torna possível. Decorrente das transformações demográficas e sociais atuais, denota-se a incapacidade de as famílias assumirem o papel de cuidadores dos seus idosos e em dar resposta às necessidades de bem-estar dos mesmos. Esta incapacidade, associada a outros fatores como isolamento e problemas de saúde, leva a que a Institucionalização surja, cada vez mais, como resposta à incapacidade de as famílias assumirem o papel de cuidadores dos seus idosos.

2.1 - A SOCIEDADE E O ENVELHECIMENTO: UM NOVO PARADIGMA

A subida acentuada da esperança média de vida obriga-nos a repensar toda a sociedade. Perante a dimensão do problema social que o envelhecimento passou a constituir, torna-se imperativo atentar às consequências advindas do envelhecimento e ao impacto das mesmas na vida do idoso e dos que se assumem seus cuidadores, ainda mais, quando considerada a incapacidade de as famílias assumirem esse mesmo papel.

“O envelhecimento progressivo da população portuguesa, o aumento da esperança de vida, a queda acentuada da fecundidade, a generalização e o aumento da eficácia da contraceção, o prolongamento do período de estudos dos jovens, a entrada em massa das mulheres no mercado de trabalho, a crescente instabilidade das relações conjugais, entre outros fatores, permitem explicar as recentes alterações dos comportamentos familiares e conjugais em Portugal.”(Leite, 2003:37)

Frequentemente ouvimos: “vive-se uma crise de valores”. De fato, no que concerne à família, é irrefutável que esta, tal como se configura hoje, não é a mesma de ontem, a mesma que os nossos pais e avós vivenciaram.

No caso concreto do nosso país, apesar de um pouco mais tarde do que na maioria dos restantes países europeus, os comportamentos familiares conheceram nas últimas décadas rápidas e profundas mudanças. Ainda assim, enquanto valor, a família continua a ocupar um lugar primordial na vida dos indivíduos, quando comparado com outros fatores “como trabalho, os amigos e conhecidos, a religião, entre outros.” (Leite, 2003:30).

No entanto, numa sociedade em que nos é exigido viver a “mil”, numa correria constante, os valores que incitam a convivência tendem a perder-se. Passámos de um modelo familiar numeroso e rural, onde a mulher assumia o papel de cuidadora, para um modelo de família nuclear urbano, em que a mulher valoriza cada vez mais a sua atividade profissional e a tenta conciliar com a vida familiar. (Gil, 2007).

A capacidade das gerações mais novas em cuidarem dos seus familiares diminuiu e, perante as alterações que se estão a processar na sociedade, tende a diminuir cada vez mais. Esta realidade esbate, com o que várias entidades oficiais, nacionais, europeias e mundiais, têm vindo a preconizar como sendo ideal, considerando-se que a pessoa idosa, deve continuar a participar ativamente de um contexto, de preferência familiar. Desta forma, e em concordância com a literatura consultada até aqui, a decisão de institucionalizar o idoso, deverá ser tomada somente depois de esgotadas as alternativas possíveis, geralmente procuradas no seio familiar e na utilização de recursos comunitários.

A maioria das famílias clássicas, em Portugal, não tem pessoas idosas (67,7% em 2001 e 69,2% em 1991), sendo 14,9% daquelas famílias constituídas por idosos e outros e 17,4% só por idosos (15,8% e 14,9%, respetivamente, em 1991). (Leite, 2003:31).

“Dos cerca de 100 600 indivíduos a viver em famílias institucionais em Portugal, a grande maioria (65,5%) reside em convivências de apoio

social, que engloba instituições como os lares de idosos, asilos e orfanatos. (...) São sobretudo os idosos, ou seja, os indivíduos com 65 ou mais anos, que vivem em famílias institucionais e especificamente, em alojamentos do tipo apoio social.” (Leite, 2003:27)

Vivemos em mudança permanente, a vida, por si só, é uma constante mudança. Citando Zimmerman (2000:53), “cada época tem as suas necessidades e obrigações, assim como aspetos positivos e negativos.” De entre os aspetos negativos, destaca-se a teimosia de uma sociedade que insiste em não olhar para trás, em considerar os mais velhos pouco produtivos, colocando-os à margem, desvalorizando e desperdiçando o seu valioso contributo para o futuro dessa mesma sociedade.

A sociedade, tal como se conjuntura na atualidade, exige às famílias uma capacidade de adaptação constante, para que estas consigam dar resposta aos desafios impostos por essa mesma sociedade, evitando ficar à sua margem. As famílias encontram-se, em grande medida, entregues a si mesmas, dado o ainda escasso e efetivo apoio, quer por parte do estado, quer por parte das entidades patronais, nomeadamente no que se refere ao assumir de papel de cuidador dos familiares mais idosos. Consequência de todas estas alterações, o envelhecimento é tendencialmente, “para muitos idosos vivido de um modo institucionalizado, fora da sua família clássica.” (Leite, 2003:27).

Mais uma vez se faz sobressair, a necessidade medidas inovadoras, políticas consistentes e efetivas, concebíveis de passar o papel para a prática, com a devida e exigida eficácia, no sentido de apoio às famílias, enquanto cuidadores dos seus idosos. Não se trata de criar medidas para evitar a institucionalização, assumindo-a como algo prejudicial. Trata-se sim, de criar medidas que permitam ao idoso e sua família, decidirem e/ou optarem, por exemplo, pela institucionalização por opção, e não por não lhes restar nenhuma outra opção.

O envelhecimento da população já não pode ser ignorado, não tem mais como se camuflar. As “implicações sociais e económicas deste fenómeno são profundas, estendendo-se para muito além da pessoa do idoso e sua família imediata, alcançando a sociedade mais ampla e a comunidade global de forma sem precedentes.” (UNFPA, 2012:3). Será a forma como optamos por tratar os desafios e maximizar as oportunidades de uma crescente população idosa que irá determinar “se a sociedade colherá os benefícios do dividendo da longevidade.” (UNFPA, 2012:3).

Será considerada uma sociedade desenvolvida, toda aquela que crie “efetivas condições para que os seus cidadãos possam nascer, crescer, viver e morrer com dignidade.” (Pinto,

2004:21). Neste sentido, e tal como referido, deverá “ser oferecido um melhor suporte a todos os cuidadores, inclusive membros da família, cuidadores comunitários, particularmente para atendimentos de longo prazo, e para idosos cuidadores.” (UNFPA, 2012:5)

A moeda terá que ser de troca: para receber, será preciso dar. No caso concreto, a sociedade, que exige constantemente, e cada vez mais, de quem dela faz parte, terá que estar aberta e empenhada em criar e disponibilizar os meios necessários, a todas as pessoas, independentemente da idade, para que estas, consigam responder de forma coerente e racional, aos mais diversos desafios que essa mesma sociedade lhes impõe; sem que em troca tenham que dispor da tão almejada qualidade de vida.

2.2 - O IDOSO PERANTE O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO: INFLUÊNCIA DO CLIMA E CULTURA ORGANIZACIONAL DAS INSTITUIÇÕES

A longevidade traz consigo novos desafios, “de modo especial, os referentes às relações familiares intergeracionais, aos apoios e cuidados, aos ganhos e às novas necessidades e aos papéis que envolvem os componentes de uma mesma família”, (Silva, Vilela, Nery, Duarte, Alves & Meira, 2015: 2184), e sociedade o que implica toda uma reestruturação. Esta, tem vindo a limitar a capacidade das famílias em continuarem a cuidar dos seus idosos.

Os problemas de saúde e consequente perda de autonomia do idoso, ao contrário do que somos levados a pensar, num primeiro contato com esta realidade, não são os principais fatores que conduzem à decisão de institucionalização da pessoa idosa. O isolamento, a “inexistência de uma rede de interações que facilite a integração social e familiar do idoso e que garanta um apoio efetivo em caso de maior necessidade”, (Pimentel, 2001:23), são os principais fatores apontados para essa tomada de decisão. Pimentel (2001:73), considera que a “institucionalização surge normalmente, para a família ou para os idosos sem família, como a última alternativa, quando todas as outras são inevitáveis.”

A capacidade das famílias em cuidar dos seus idosos encontra-se cada vez mais limitada, quer pela falta de disponibilidade e conhecimentos para garantir a prestação de cuidados, imprescindíveis à manutenção de uma vida digna, quer pela falta de apoios à família, por parte das entidades oficiais, no sentido de lhes proporcionar alternativas e apoios, que lhes permitam dar resposta aos seus problemas. Consequentemente, a institucionalização do idoso impõe-se, numa grande maioria das vezes, como única alternativa.

Se por um lado, esta surge como a solução mais ajustada e por vezes inevitável para as famílias, por outro, para o idoso a institucionalização: transição casa – “lar”, representa uma

descontinuidade na sua vida, constitui um tipo particular de mudança, que requer da sua parte, uma tomada de consciência, no que se refere à necessidade de desenvolvimento de novas competências, por forma a dar resposta às exigências que esta nova realidade acarreta. Neste contexto, “a institucionalização em lar pode constituir um acontecimento de vida com potencial para exigir a mobilização de recursos intra e interpessoais, e com fortes implicações para a qualidade da trajetória desenvolvimental em termos de (in)adaptação.” (Faria & Carmo, 2015:435).

Para o idoso, a institucionalização surge como uma rutura com o seu ambiente natural, com o modo de vida idealizado. Independentemente do tipo de ambiente inerente a cada instituição, o optar pela institucionalização, desperta na pessoa idosa sentimentos como medo e angústia. Contudo, a aceitação desta nova realidade, a maior ou menor facilidade de integração, irá depender em grande parte, do tipo de normas que regem o funcionamento da instituição e do grau de abertura que esta apresenta em relação ao espaço exterior. (Pimentel, 2001).

A pessoa idosa vê-se envolvida por um “tremendo” aparelho institucional, pautado pela racionalidade e coloca o lado sentimental à parte, caracterizando-se pela impessoalidade e cujos efeitos podem ser debilitantes e, na maioria das vezes, significa o rompimento com o enquadramento protetor da comunidade. Faria & Carmo (2015:435), referem que as “instituições obedecem a regras e normas instituídas, dando cumprimento aos seus objetivos, sem atender aos interesses ou idiossincrasias das pessoas que lá permanecem.”

Nos lares as regras estão de acordo com a sua racionalidade, sendo pouco recetivos a ações que “fujam” do âmbito racionalista-instrumental, ou seja, do seu controlo. Tende a valorizar-se o desenvolvimento de atividades de rotina, o fator tempo, em detrimento das necessidades reais e individuais da pessoa idosa. Consequentemente, restringem-se as oportunidades da pessoa idosa se manter independente, na medida em que, ao invés de auxiliar o idoso, os profissionais de saúde tendem a substituí-lo em tudo aquilo que este ainda consegue fazer. A rigidez da organização e funcionamento interno, as rotinas estandardizadas, provocam, muitas vezes, sentimentos de mal-estar, conflitos entre os profissionais de saúde e os idosos institucionalizados. É desvalorizado o direito de opinião do idoso, de tomada decisão, subvalorizando-se, por vezes, as suas queixas. O

“idoso ao mudar-se para o lar terá de se adaptar a um novo esquema de vida, a uma rotina diferente, com pessoas distintas, horários pré-estabelecidos para comer, dormir, tomar banho. Essas regras são estabelecidas de acordo com as políticas da instituição, pelo que de alguma forma o idoso ao ser institucionalizado perde um pouco da sua

identidade, tendo de se adaptar a uma nova forma de vida, a um ambiente diferente, a um novo espaço, e a conviver com pessoas diversas.”(Faria & Carmo, 2015:435)

Quando institucionalizado, o idoso sente-se inevitavelmente “invadido” na sua intimidade. Se entendermos o significado de intimidade como “a revelação de emoções e de ações que o indivíduo não quer expor a um olhar mais vasto”, (Giddens, 2001:96), facilmente se percebe o porquê do despoletar deste sentimento de “invasão permanente”, no contexto da institucionalização. A pessoa idosa vê-se perdida em si mesma, desprovida de intimidade e autonomia.

Neste contexto, a institucionalização pode provocar um impacto fortemente negativo no grau de satisfação da vida do idoso. Para Faria & Carmo (2015:436), a “partir do momento em que o idoso entra na instituição lar, ocorre um processo de perda progressiva de grande parte das dimensões que caracterizavam a sua vida e identidade, nomeadamente, direitos, papéis, relações e liberdades.” Nos primeiros tempos de Institucionalização, tal como referem Faria & Carmo (2015:436), cit. Graeff (2007:12), tem lugar um processo de ajustamento, “durante o qual as ambiguidades e o estigma da nova condição são vividos junto a uma experiência de aprendizagem de novos padrões culturais.” A forma como idoso percebe esta nova realidade será fundamental para que este, mesmo deslocado do seu meio habitual, “consiga agregar qualidade aos seus anos adicionais de vida”. (Lima-Costa & Veras, 2003).

Pela leitura do documento Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 [ENEAS], somos alertados para necessidade de aprimorar as medidas direcionadas à promoção do envelhecimento ativo. Esse aprimoramento passa, cada vez mais, pela valorização da autonomia do idoso como função essencial, o que no contexto da institucionalização deverá ser alvo de relevo.

A autonomia é “vertente central do envelhecimento saudável, e promover a autonomia das pessoas idosas, o direito à sua autodeterminação, mantendo a sua dignidade, integridade e liberdade de escolha é fundamental para a promoção da sua qualidade de vida.” (Cunha *et al.*, 2012:658 cit. Brasil, 2006). Sendo a qualidade de vida resultante de uma percepção individual, é preciso perceber que, na pessoa idosa, esta é, em grande medida, influenciada pela capacidade do idoso em manter a sua autonomia e independência. Interessa assim, distinguir autonomia de independência. Muito embora estes, a uma primeira vista, possam parecer iguais, estes são dois conceitos distintos.

Perceber o verdadeiro significado de ambos, fará a diferença na prática da manutenção da qualidade de vida dos idosos. Apesar de distintos, a linha que os separa tende a ser cada vez mais ténue, nomeadamente no contexto da institucionalização. Perceber o porquê de a necessidade da autonomia ser tomada como função essencial, no processo de envelhecimento ativo e saudável, implica perceber o que esta é, de forma a reconhecer quais os efeitos dela, ou da falta dela, na vida da pessoa idosa. Quando falamos de autonomia referimo-nos à capacidade de cada um de nós poder tomar decisões e planear os seus objetivos, de acordo com as regras e preferências individuais. Já independência, “é a capacidade para realizar funções relacionadas com a vida diária, isto é, a capacidade de viver com independência na comunidade sem ajuda ou com pequena ajuda de outrem.” (DGS, s.d cit. OMS, 2002).

Perante as definições apresentadas, percebe-se que a perda de autonomia do idoso conduzirá ao aumento da relação autonomia - independência, o que pode provocar um impacto fortemente negativo no grau de satisfação da vida do idoso, na medida em que, pode desencadear uma deterioração das funções físicas e mentais do idoso, e, por conseguinte, vê o seu grau de dependência aumentado. O sentimento de perda de autonomia experimentado pelo idoso, pode mesmo, despoletar o desenvolver de diferentes graus de dependência, no idoso até então independente. A privação de autonomia no idoso faz com que este, experiencie sentimentos como tristeza, solidão e exclusão. O idoso, mesmo que acompanhado, tende a sentir-se abandonado, a afastar-se de si mesmo, com a crença de que, não é mais, que um peso para a família e para quem o rodeia.

Neste sentido, será necessário estabelecer um equilíbrio entre a perda natural das diversas capacidades e o atingir dos objetivos desejados pelo idoso. A pessoa idosa deve ver reconhecida a sua autonomia e consequentemente, ver respeitadas as suas convicções. Respeitar a autonomia da pessoa idosa implica perceber que as suas decisões, as suas escolhas e objetivos, estão intrinsecamente associadas ao seus princípios e valores, os quais devem ser respeitados, sem juízos de valor.

Enquanto residente numa instituição, deverá ser possibilitado ao idoso: proteção, reabilitação, estimulação mental e desenvolvimento social, num ambiente humano e seguro, permitindo-lhe desfrutar dos direitos e liberdades fundamentais, dos cuidados necessários, sendo respeitado na sua dignidade, crença e intimidade. O idoso deverá ainda desfrutar do direito de tomar decisões quanto à assistência prestada pela instituição e à qualidade da sua vida. (Fernandes, 2014).

Na verdade, o que está em causa não é a resposta social pela qual se opta. Independentemente da escolha da família e/ou do idoso, o objetivo deverá ser garantir a acessibilidade a equipamentos e serviços adequados às suas necessidades e expectativas, respeitando o potencial da pessoa idosa. Este constituiu, de momento, um dos maiores desafios às respostas sociais existentes.

“Creio, designadamente para os idosos, que urge racionalizar a oferta de serviços de qualidade em função do perfil social dos mais velhos. É urgente encontrar respostas adequadas, que, a meu ver, não passam pela proliferação de lares ou de nova cosmética para recriar os asilos; devem antes ser contextualizadas às suas comunidades de pertença. A resposta não pode ser de engenharia, de construção de lares, de unidades de acantonamento dos mais velhos. Cada vez haverá mais pessoas com idade superior a 80 anos, válidas e que não estão em condições de ir para um lar. Onde estão as residências supervisionadas onde as pessoas idosas possam ter o seu quarto, a sua cozinha e possam conviver com outras pessoas? Onde possam exercer o autocuidado e manter o nível desejado de relações sociais? Isto é que é ter a pessoa no centro dos cuidados.” (SNS, 2007:30).

A Divisão de Informação Legislativa e Parlamentar [DILP] portuguesa, elaborou o documento Apoios Sociais a Idosos, onde consta informação sobre os apoios sociais existentes a idosos na Europa, com enfoque nos seguintes aspetos: quais são os tipos de instituições de acolhimento para idosos existentes e quais as condições de financiamento das instituições, bem como o seu carácter público ou privado. (DILP, 2018). Nos países da comunidade europeia, na sua maioria, é possível individualizar três áreas: a das instituições de acolhimento aos idosos, a do apoio domiciliário e a do financiamento, global ou individualizado. (DILP, 2018).

Em Portugal, a Segurança Social dispõe “de um conjunto de respostas de apoio social para pessoas idosas, que têm como objetivos promover a autonomia, a integração social e a saúde.” (Segurança Social, 2016). As respostas existentes são sete, que enumeramos de seguida: serviço de apoio domiciliário, centro de convívio, centro de dia, centro de noite, acolhimento familiar, estruturas residenciais, centro de férias e lazer. No que se refere, ao acesso aos apoios enumerados, estes vão depender, quer dos equipamentos e serviços estarem disponíveis na zona da residência ou razoavelmente perto, quer do fato, das instituições do sector da segurança social terem capacidade para o receber, e do pagamento dos serviços prestados. O valor a pagar, pelas pessoas idosas que beneficiam deste tipo de apoios – participação familiar – é calculado com base nos rendimentos da família.

As estruturas residenciais são a resposta social que se destina ao alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos, tendo como principais objetivos: proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas, contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo, criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar e potenciar a integração social.

O idoso ou família, que pretenda obter mais informações sobre estes apoios deverá dirigir-se aos serviços do Instituto da Segurança Social, I.P. ou da Santa Casa da Misericórdia da sua área de residência. Todas estas informações, encontram-se disponíveis, online, no portal da Segurança Social (www.seg-social.pt), através do qual, também nos é possibilitado o acesso à legislação em vigor, pela qual se regem as instituições particulares de solidariedade social ou legalmente equiparadas.

Na Suíça, à semelhança de Portugal, existem ofertas e serviços de apoio para as pessoas, que na terceira idade, “necessitem de apoio para continuarem a viver nas quatro paredes” (Schweizerisches Rotes Kreuz & Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2012:42). “Se tiver problemas de saúde, estiver a recuperar de uma doença grave, tiver tido um acidente ou tiver uma incapacidade, a Spitex oferece-lhe ajuda e cuidados domiciliários profissionais.” (Schweizerisches Rotes Kreuz & BAG, 2012:46). Quando, mesmo apesar desse apoio, o idoso já não conseguir viver em casa há várias propostas e formas de habitação para a pessoa idosa:

- Ofertas de habitação para determinados períodos do dia, nomeadamente clínicas de noite, em que as pessoas com necessidade de cuidados passam apenas a noite e de dia estão em casa, ou os lares de dia que prestam assistência e cuidados, se necessário, durante o dia;
- Lares que oferecem assistência de dia e/ou de noite;
- Casas adaptadas para idosos;
- Habitação com oferta de serviços, disponibilizada, por exemplo em lares para idosos ou conjuntos residenciais para idosos.

Este tipo de oferta é dirigido

“a pessoas autónomas, que pretendem segurança e uma certa ajuda nas tarefas diárias. No caso de habitação com oferta de serviços, existem pequenas casas adaptadas para idosos com ou sem oferta básica fixa. Da oferta básica fixa fazem parte geralmente uma refeição principal, a limpeza principal da casa e o seu equipamento com um sistema de chamada de emergência. Pode, de qualquer modo, recorrer a serviços adicionais, tais como a Spitex ou serviços de refeições adicionais” (Schweizerisches Rotes Kreuz & BAG, 2012:49)

Os lares de terceira idade/casas de repouso são apropriados para idosos que necessitem de cuidados e acompanhamento permanentes. O idoso que pretenda obter vaga num lar, deve dirigir-se ao seu médico de família, ao serviço social da sua freguesia de residência/cidade ou a um centro de aconselhamento da Pro Senectute (esta é, desde 1917, a maior e mais importante organização profissional e de serviços da Suíça para idosos, comprometendo-se com o bem-estar, a dignidade e os direitos das pessoas idosas). Os idosos são alertados para a necessidade de se informarem e inscreverem atempadamente, dada a existência de listas de espera para lugares em lares de terceira idade. (Schweizerisches Rotes Kreuz & BAG, 2012:49).

No que se refere ao pagamento do lar de terceira idade/casa de repouso, na Suíça, os custos de cuidados de saúde são pagos pelas Caixas de Doença/Plano de Saúde, já os custos de alojamento propriamente ditos (alojamento, alimentação, assistência), são pagos pelo próprio idoso, podendo variar de lar para lar. O estado, caso necessário, “presta apoio financeiro para um lugar num lar através de prestações adicionais: as prestações complementares relativas ao seguro de velhice e sobrevivência AVS (AHV) e seguro de invalidez AI (IV), bem como a indemnização por alto nível de incapacidade.” (Schweizerisches Rotes Kreuz & BAG, 2012:50).

Todas estas informações estão disponíveis em documentos como: a *Terceira Idade na Suíça - Guia da Saúde para Migrantes e seus Familiares*, elaborado em conjunto pela Schweizerisches Rotes Kreuz (Cruz Vermelha Suíça) e o BAG (Departamento Federal da Saúde). Tal como referido nesse documento, independentemente das formas de vida e de habitação que se possam proporcionar na terceira idade, e do país em questão, o essencial é o idoso sentir-se em casa. É fundamental preservar e potencializar as capacidades individuais da pessoa idosa, de forma a possibilitar a sua continuidade e bem-estar, afastando-a de interações insatisfatórias e experiências de frustração intolerável. (Cardão, 2009). Não basta proporcionar-lhe a alimentação adequada, mantê-la limpa, promover o seu repouso e eliminação, é preciso vê-la como um todo, em suma, prestar cuidados tendo por base a abordagem holística do indivíduo.

Assim, torna-se essencial que os idosos possam co-habitar em ambientes que estimulem a habilitação, “um ambiente físico amigo da pessoa idosa, que promova o desenvolvimento e uso de tecnologias inovadoras que estimulam o envelhecimento ativo, é especialmente importante quando as pessoas envelhecem e vivenciam a diminuição da mobilidade, da capacidade visual e auditiva.” (UNFPA, 2012:5). Ainda que seja um acontecimento

“com alguma probabilidade de ocorrência na velhice, é percebido pelos participantes como fonte

de mudança, podendo globalmente identificar-se dois padrões de mudança: um padrão com conotação positiva cujo resultado é a melhoria e a adaptação; e um padrão com conotação negativa cujo resultado é a insatisfação e a inadaptação.” (Faria & Carmo, 2015:441/442)

Incontestavelmente, e considerando a literatura consultada, a institucionalização, “na perspectiva dos idosos, constitui-se como um acontecimento desencadeador de um processo de transição que nem sempre culmina num resultado adaptativo com a construção de novos papéis de vida, estatutos e relações.” (Faria & Carmo, 2015:441). Consideramos, por isso, ser de extrema relevância, compreender as dinâmicas envolvidas no processo institucionalização, quer seja, “pelas implicações para a qualidade de vida dos idosos integrados no lar, quer das próprias estruturas residenciais que recebem essas pessoas.” (Faria & Carmo, 2015:435).

O que se encontra preconizado nos mais diversos documentos oficiais, parece ainda não se fazer representar por aquela que é a realidade atual. Parecem ser ainda muitos os entraves a uma institucionalização bem-sucedida, que preserve e respeite a autonomia do idoso, tendo como fim um envelhecimento ativo e saudável. Este constitui-se, na atualidade talvez, senão o maior e verdadeiro desafio às instituições de longa permanência para idosos e aos profissionais de saúde que as integram.

3. PROMOÇÃO DE UM ENVELHECIMENTO ATIVO: UM COMPROMISSO DA ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA

A palavra “Excelência” que por sinal começa pela vogal “e”, a qual, por sua vez inicia o nome de uma profissão nobre, poderia muito bem ser a esdrúxula preferencialmente escolhida para definir aquela profissão de que Nightingale foi pioneira – Enfermagem. No entanto, atingir a excelência inerente a uma profissão de “gente que cuida de gente” não é, de todo, uma meta fácil de alcançar! Para garantir a qualidade dos cuidados prestados à pessoa, na procura incessante de atingir um nível máximo de excelência, é necessário perceber que a pessoa, “ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual” (OE, 2001:6), é o maior interveniente em todas as etapas de cuidados, que na procura ininterrupta de atingir melhores níveis de saúde, idealiza o seu próprio projeto de saúde. (Ribeiro, Carvalho, Ferreira & Ferreira, 2008). Tal, reveste-se ainda de mais significado, quando dirigimos o cuidado à pessoa idosa, ao idoso institucionalizado.

“ Os cuidados aos mais velhos precisam ser adequados à especificidade da velhice (não podem ser apenas uma adaptação dos cuidados dos adultos).”(Sousa & Ribeiro, 2013:875) Perceber o porquê desta adequação de cuidados, leva-nos a refletir, sobre o que se entende por ser gerontologia e como esta se relaciona com a enfermagem.

Elie Metchnikoff (1903) definiu gerontologia como a ciência que estuda o processo de envelhecimento em suas dimensões biológica, psicológica e social. Por sua vez, Neri (2008:95) define a gerontologia como um “campo multi e interdisciplinar que visa à descrição e à explicação das mudanças típicas do processo de envelhecimento e de seus determinantes genético-biológicos, psicológicos e socioculturais”.

A OMS, por sua vez, define gerontologia como sendo a “área de conhecimento científico voltada para o estudo do envelhecimento em sua perspectiva mais ampla, levados em conta os aspetos clínicos, biológicos, condições psicológicas, sociais, económicas e históricas.” (Santos, Aquinio, Coutinho, Lages & Corrêa, 2013:119). Este estudo, tem por base conhecimentos oriundos das ciências biológicas, psicocomportamentais e sociais, tendo vindo a fortalecer-se.

Poderemos dizer então, que a gerontologia é a ciência que estuda o envelhecimento humano, tendo como objetivo responder às necessidades físicas, emocionais e sociais do idoso,

em que a prevenção se desenvolve a dois níveis: a nível individual, englobando a intervenção ligada ao aspeto físico, psíquico e social do idoso; e a nível coletivo, analisando os serviços de apoio direcionados a esta faixa etária. (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

Somos, desta forma, remetidos para o que se preconiza como sendo o processo do cuidar praticado pela enfermagem. Este

“diz respeito a atenção à saúde do ser humano, enquanto bem-estar físico, psíquico e social, o que consiste não apenas na busca da cura das doenças, mas apoio e a palição quando a cura já não é provável, e, por fim, o apoio para um fim de vida, sem dores e sem sofrimentos desnecessários, preservando dignidade do cliente. O cuidar pelo enfermeiro deve valorizar o ser humano em sua existência não obstante a expectativa de recuperação ou possibilidade de viver e sim pelas necessidades de cuidados” (Santos *et al.*, 2013:119).

No que concerne à prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa, ou seja, prestar cuidados de enfermagem em gerontologia, é imprescindível

“conhecer o processo de envelhecimento para produzir ações que possam atender totalmente as necessidades expressas e não expressas do idoso, mantendo ao máximo possível a autonomia e independência; e para habilitar a equipe de enfermagem a fim de capacitá-los a realizar as ações de cuidado com sensibilidade, segurança, maturidade e responsabilidade.” (Santos *et al.*, 2013:119).

Por conseguinte, a enfermagem gerontológica estabelece-se como primordial, no que se refere ao mobilizar de conhecimentos em prol do idoso, nomeadamente, conhecimentos que permitam uma promoção da saúde eficaz, contribuindo, não só para a longevidade da pessoa idosa, como para o preservar, tanto quanto possível a independência e funcionalidade do idoso.(Santos, 2000). Numa perspetiva gerontológica, a prevenção converge com as premissas de promoção do envelhecimento ativo, caracterizando-se não só pela manutenção e preservação das capacidades e potencial do indivíduo, como também pela garantia de melhores condições de vida. (Assis, 2004).

Contextualizando, a enfermagem gerontológica deverá ter como finalidade a

“promoção da saúde, a prevenção das doenças, o cuidado específico, a recuperação e a reabilitação dos idosos, mantendo, a sua capacidade funcional; como seu objeto, o ser humano idoso e o próprio processo de envelhecimento; como seu instrumental, o conhecimento específico sobre o

objeto, os instrumentos e as condutas direcionadas ao idoso; como seu produto, o idoso autocuidando-se, diante desta impossibilidade, sendo cuidado adequadamente por sua família (...)",(Santos, 2000:70),

e/ou por aqueles, que se assumem como seus cuidadores formais, objetivando ser-lhe “dispensado um cuidado humanístico, conservando sua dignidade até a morte.” (Santos, 2000:70). Mesmo que institucionalizado, o preservar dos laços familiares, o fazer sentir ao idoso, que a sua família o continua a ter como parte integrante da sua vida, constitui uma ponte, entre o idoso e o seu meio natural de vida, meio do qual, muitas vezes, mesmo contra a sua vontade, acaba por ser retirado.

“Portanto, a enfermagem Gerontológica desenvolve sua atuação em diferentes campos, como na educação, assistência, assessoria e/ou consultoria, no planejamento e coordenação de serviços assistenciais sempre com enfoque na ação de cuidar do outro, por meio do cuidado individualizado e holístico.” (Santos *et al.*, 2013:122).

A enfermagem gerontológica vem reiterar, desta forma, a necessidade de ser adotada uma visão diferente do envelhecimento do idoso, centrando para tal, os seus objetivos no cuidado não só à pessoa idosa, como à sua família e comunidade envolvente. Assume o envelhecimento como uma etapa natural do ciclo de vida e como compromisso, proporcionar à pessoa idosa um envelhecimento bem-sucedido. Desta forma, não será de todo descabido afirmar, de forma perentória, que a enfermagem gerontológica, ao assumir tal compromisso, está a promover um envelhecimento ativo tal como este é preconizado, considerando a sua verdadeira essência.

As premissas da enfermagem gerontológica, caminham de “mãos dadas”, com as premissas de envelhecimento ativo: ao prestar cuidados, no âmbito da enfermagem gerontológica, objetivamos um envelhecer em que é permitido à pessoa idosa manter a sua dignidade, a sua autonomia; ajudamos a pessoa idosa a melhorar a sua qualidade de vida, a acrescentar, não dias à sua vida, mas viver o resto dos seus dias de forma prazerosa, de acordo com os seus objetivos, com o que a faz feliz, aniquilando sentimentos como inutilidade e frustração. Em suma, o lema será viver a vida e não deixar que seja a vida a passar por nós, em que inevitavelmente, a cada dia de vida, continuamos a envelhecer. Quando atingidos esses objetivos, foi permitido à pessoa idosa envelhecer ativamente, pelo que, o envelhecimento ativo, se configura, na atualidade, como um compromisso da enfermagem gerontológica.

3.1 - ENVELHECIMENTO: IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

O crescimento da população idosa é uma realidade incontornável, que tem conduzido a uma preocupação crescente, no que se refere ao prestar de cuidados a essa população de acordo com as suas reais necessidades.

“As mudanças relativas ao envelhecimento requerem não só, cuidados de estimulação e de manutenção das capacidades que as pessoas ainda possuem, mas também, a compreensão por parte dos técnicos de saúde de que são seres únicos, envolvidos num contexto próprio, com dificuldades e necessidades específicas.” (Sousa, 2012:2).

“A consciencialização para estas particularidades deve passar, em primeiro lugar, pela formação dos vários profissionais que trabalham com idosos. Esta é uma das condições básicas para promover a humanização dos serviços.” Pimentel (2001:233). No caso concreto dos profissionais de enfermagem, no contexto da prestação de cuidados à população idosa, verifica-se que a sua experiência profissional tende a preceder a sua formação. Esta apresenta limitações “que restringem os enfermeiros no entendimento da complexidade e esfericidade inerentes ao cuidado dos mais velhos”, (Sousa & Ribeiro, 2013:876), na medida em que “a gerontologia ainda estar sub-representada nos programas de formação dos profissionais de saúde.” (Sousa & Ribeiro, 2013:875).

Perante o fenómeno de envelhecimento populacional, verificado nas últimas décadas, as pessoas idosas, passaram a ser na atualidade, o grupo etário que mais cuidados de saúde requer. Sendo a enfermagem uma das profissões que mais cuidados de saúde presta, e cada vez mais dirigidos à pessoa idosa, emerge a necessidade de “educação permanente dos profissionais de saúde, entendendo a prática de enfermagem não apenas como uma visão curativa e limitada, mas com o propósito de prestar assistência qualificada e baseada nos valores, crenças e experiências dos idosos.”(Bretanha *et al*, 2013:217).

Vários estudos concluem ser cada vez mais notória e imprescindível, a necessidade de nos cursos de formação de profissionais de enfermagem, serem lecionados conteúdos de Gerontologia. Conteúdos esses, “(...) voltados ao cuidado do ser humano idoso, nele incluindo os elementos que compõe o processo de trabalho da Enfermagem Gerontológica, para que as futuras profissionais cuidem dos idosos com competência (...)”,(Santos, 2000:84), e como produto final do trabalho, ou necessidades da Enfermagem Gerontológica, seja apresentado “o ser humano idoso, que foi cuidado por um profissional de enfermagem competente, com qualificação, para isso, temos a enfermeira que direcionou a assistência ao autocuidado; o qual possui níveis crescentes de complexidade e desafios.”(Santos, 2000:83).

Chegados aqui, muito embora a experiência adquirida pelos enfermeiros, na prestação de cuidados à pessoa idosa, poder contribuir de forma significativa e positiva no seu desempenho e processo formativo, (Sousa & Ribeiro, 2013), não se pode ignorar, que cuidar de pessoas idosas envolve, na atualidade, uma complexidade acrescida, exigindo aos enfermeiros modificações na forma como estes exercem a sua profissão. A repercussão e sucesso de tais transformações, dependerá do quão preparado está o profissional de enfermagem para perceber o porquê de se proceder às mesmas e da sua capacitação para perceber quais as transformações necessárias.

O envelhecimento populacional exige, cada vez mais, dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, não só uma maior mobilização de conhecimentos gerais e específicos, como uma maior capacidade de adaptação e resposta às necessidades reais da pessoa idosa. Se olhar para o idoso de hoje, já é um verdadeiro desafio, projetar-nos no idoso de amanhã será um desafio ainda maior. O grau de exigência dos idosos do futuro, no que se refere à qualidade dos cuidados, será outro, com tendência a aumentar progressivamente.

Garantir cuidados de qualidade ao idoso, exige e exigirá cada vez mais, que os profissionais de enfermagem sejam formados para gerir situações complexas, tenham uma formação de base adequada, que lhes permita perceber a real extensão das necessidades da pessoa idosa. Só existindo esta perceção se conseguirá adequar e prestar cuidados específicos, de qualidade. “A inclusão do tema envelhecimento na educação permanente e sua implicação social para os serviços de saúde teriam o potencial de qualificar a oferta de cuidados em saúde.” (Bretanha *et al.*, 2013:218).

“Na perspectiva da educação permanente, a capacitação dos profissionais de enfermagem e qualificação do cuidado ao idoso terá o propósito de promover autonomia e assegurar a independência da pessoa idosa aumentando o envolvimento do paciente no autocuidado, estimulando ações de promoção e prevenção em saúde.” (Bretanha *et al.*, 2013:218).

Apostar numa formação continua e específica, ainda que opcional, irá munir o enfermeiro de conhecimentos específicos e relevantes que lhes permitam, não só adequar a resposta às necessidades da população idosa, como também, contribuir para o bem-estar do próprio enfermeiro. Quanto maior e profundo for o seu leque de conhecimentos, menor será a sua sensação de impotência, a sua desenvoltura para lidar com fatores de stress, inerentes à prestação de cuidados a idosos, estará reforçada, o que em conjunto lhe proporcionará uma maior satisfação profissional.

O maior desafio para o enfermeiro da atualidade, perante o envelhecimento, será sem dúvida, fazer munir-se dos conhecimentos necessários, que lhes permitam assumir a postura adequada, a atitude ética e cuidados adequados, ao assistir a pessoa idosa.

3.2 - O PAPEL DO ENFERMEIRO NO PROCESSO E PROMOÇÃO DE UM ENVELHECIMENTO ATIVO NO IDOSO INSTITUCIONALIZADO

Decorrente das transformações demográficas e sociais atuais, como já foi referido, a incapacidade de as famílias assumirem o papel de cuidadores dos seus idosos e dar resposta às necessidades de bem-estar dos mesmos, tem vindo a acentuar-se. Esta incapacidade, associada a outros fatores como isolamento e problemas de saúde, conduzem à procura de ajuda nas respostas sociais existentes, surgindo a institucionalização do idoso, na maioria das vezes, como a opção mais frequente.

“Do ponto de vista da coletividade, sendo o envelhecimento um fenómeno que diz respeito a todos os seres humanos, implica necessariamente todos os sectores sociais, exigindo a sua intervenção e corresponsabilização na promoção da autonomia e da independência das pessoas idosas e o envolvimento das famílias e de outros prestadores de cuidados, diretos conviventes e profissionais. Tal facto, representa um enorme desafio e responsabilidade para os serviços de saúde, nomeadamente para os cuidados de saúde primários, na implementação e melhoria de estratégias de intervenção comunitária, que mobilizem respostas que satisfaçam as necessidades específicas desta população.” (DGS, 2004:4).

No contexto da institucionalização, o papel de cuidador, prestador de cuidados, é assumido frequentemente pelo profissional de enfermagem. Este, para que as respostas mobilizadas satisfaçam as necessidades do idoso institucionalizado, terá que ter sempre presente, que uma identificação correta das necessidades do idoso, passará por respeitar a sua capacidade de autonomia e independência.

“No que se refere ao papel do enfermeiro na promoção da saúde da pessoa idosa, esse contribui para construção da autonomia do idoso e empoderamento, bem como na apreensão de conhecimentos relacionados às particularidades desta população, priorizando as questões demográficas e epidemiológicas; diferenciando as alterações fisiológicas e patológicas no processo de envelhecimento.”(Freitas *et al.*, 2010: 267).

O respeito ao princípio da autonomia, no que se refere à assistência ao idoso,

“diz respeito à liberdade de acção com que cada pessoa as escolhe, pessoas autónomas são capazes de escolher e agir em planos que elas mesmas tenham seleccionado. Significa o reconhecimento de que a pessoa é um fim em si mesma- livre e autónoma, capaz de autogovernar-se, de decidir por si mesma. É por isto que a informação antecede as escolhas, de forma a que possam ser livres e esclarecidas e para que, subsequentemente, se devam respeitar essas mesmas decisões. Encontramos muitas vezes, este princípio, tanto no respeito pelas pessoas, como na proteção da privacidade e da intimidade, no consentimento informado, na aceitação ou recusa de tratamento.” (Germano *et al.*, 2003:53).

O idoso, deverá assim, desfrutar do direito de tomar decisões quanto à assistência prestada pelos cuidadores e à qualidade da sua vida.

“Mesmo para as pessoas idosas que se encontram em estado de saúde mais fragilizado, na medida do possível, sua autonomia deve ser estimulada por meio de ações simples, como a escuta ativa, considerando as singularidade do envelhecimento de cada pessoa e a repercussão positiva no cuidado, a partir do momento em que lhe é garantido o direito humano básico de exercer seu autogoverno.”(Cunha, Oliveira, Nery, Sena, Boery & Yarid, 2012: 663).

Respeitar a autonomia do idoso, pressupõe o prestar de apoio e ajuda ao idoso, no sentido de complementar e ajudá-lo nas atividades que deixaram de conseguir exercer, e não o substituir naquelas que ele ainda consegue. Este apoio deve efetivar-se através de uma avaliação multidimensional do idoso, por parte do enfermeiro, visando a sua participação ativa no seu cuidado, incentivando sua autonomia e corresponsabilidade.(Cunha et al., 2012).Adotando esta conduta, o profissional de enfermagem, proporcionará ao idoso institucionalizado, ser cuidado por aquilo que ele realmente é e precisa, e não de acordo com imagens idadistas da velhice, com estereótipos sociais criados em torno da pessoa idosa.

No entanto, ao contrário do que seria desejável, estas representações sociais, de cariz negativo, continuam a refletir-se na dinâmica das instituições e, conseqüentemente, na dinâmica dos seus profissionais de saúde.

“Historicamente, nas relações de cuidado em saúde, tem prevalecido a postura paternalista. Nessa concepção, as decisões são unilaterais e, geralmente, o profissional de saúde decide a respeito do que é melhor para o paciente. Essas

atitudes predominam de forma acentuada nas práticas dos profissionais no cuidado aos idosos, por julgarem serem estes incapazes de decidir de forma sensata a respeito de sua saúde. Nesse sentido, pode ser afetado um dos princípios básicos da bioética, que é o respeito à autonomia.” (Cunha *et al.*, 2012:659).

A grande maioria das instituições continua a privilegiar as tarefas de rotina e a impessoalidade dos cuidados, privando o residente de estimulação, de atenção emocional e de vínculos afetivos, (Cardão, 2009), em que, esta “discriminação dos mais idosos por profissionais e instituições assume um cariz indireto (passivo, sutil ou encoberto), difícil de mudar pois não é assumido e muitas vezes nem sentido.”(Sousa & Ribeiro, 2013:868). O profissional de enfermagem, ao não conseguir afastar-se de atitudes idadistas e paternalistas está, não só a distanciar-se daquela que é a essência da enfermagem, como também, está a contribuir para o enformar de tomadas de decisão e organização do serviço, que irão continuar a deixar os idosos em clara desvantagem. (Sousa & Ribeiro, 2013).

A impessoalidade dos cuidados priva o idoso de estimulação, de atenção emocional e de vínculos afetivos. Ao contrário, apostar em cuidados de proximidade, na promoção da autonomia, para além de prevenir o aparecimento de sentimentos como solidão e tristeza, retarda a degradação das funções físicas, mentais e cognitivas. O enfermeiro, ao assumir a necessidade de se ganhar essa aposta, assume também uma postura construtiva na relação de ajuda que estabelece com a pessoa idosa, e, por conseguinte, na qualidade dos cuidados prestados.

“O respeito ao princípio da autonomia na assistência ao idoso deve levar o profissional de saúde, em particular o da enfermagem, a considerar a capacidade de escolha, crenças e valores morais do paciente. Isso possibilita que o idoso exerça a sua autonomia e decida entre as alternativas de cuidado que lhe são apresentadas, a partir da compreensão clara das consequências de cada uma delas.” (Cunha *et al.*, 2012:659)

Institucionalizado ou não, o idoso deverá ver-lhe salvaguardado o reconhecimento da dignidade enquanto pessoa humana, o direito à realização pessoal e a uma participação ativa na vida da comunidade. A pessoa idosa, institucionalizada ou não, deve ser considerada o primeiro recurso na promoção da sua própria saúde, sendo, por isso

“importante perceber como vivem estas pessoas, como experienciam um envelhecimento saudável, que estratégias usam para superar os desafios impostos pelo processo de envelhecimento. Só

assim será possível proporcionar às pessoas idosas meios para continuarem funcionais e integradas na comunidade, desmistificar as imagens sociais negativas e criar estratégias para que cada vez mais idosos vivenciem um envelhecimento bem-sucedido.” (Simões, 2010:1).

Entenda-se por saúde o estado de bem-estar físico, mental e social da pessoa e a doença como a perturbação da saúde, isto é, o mal-estar causado por distúrbio físico, mental ou emocional. Com esta definição somos reportados para aquela que é a essência da enfermagem, a arte do cuidar: a importância do cuidar de uma forma holística, humanizada e sistematizada, visando assim, não só o cuidado físico como também emocional.

O cuidar engloba a totalidade do ser vivo, implica o comprometimento em manter a dignidade e individualidade da pessoa que é cuidada. (Barbosa, 2010 cit. Festas, 1999). Para Collière, 1989; cit. in Moniz 2003:97 “a enfermagem tem como preocupação principal a promoção do potencial de vida das pessoas que, na sua essência, se traduz em manter, promover e desenvolver tudo o que existe e que possa ainda, ser mobilizado”. Collière (1999:285) considera que a

“ação de enfermagem situa-se, por um lado, em relação a tudo o que melhora as condições que favorecem o desenvolvimento da saúde, com vista a prevenir, a limitar a doença, por outro, em relação a tudo o que revitaliza alguém que esteja doente”.

Mais do que garantir a qualidade científica e técnica inerente aos cuidados prestados, o enfermeiro, deve projetar-se perante um conceito moral básico – a preocupação com o bem-estar dos outros, na condição de potenciar a qualidade humana e humanizadora. (Germano *et al.*, 2003). Cabe, em grande parte, ao enfermeiro desmistificar a imagem negativa da institucionalização, ajudando a pessoa idosa a encontrar ela própria, a sua independência, participando na discussão, implementação e organização de novos projetos. O profissional de enfermagem é dotado de autonomia, sistematizando através da experiência e criatividade ações de assistir, ajudar, orientar e capacitar a pessoa idosa quanto à capacidade de gerenciar a própria independência e saúde. (Duarte, 1994). Desta forma, prevalecerá o respeito à autonomia do idoso institucionalizado, na medida, em que este, “pressupõe a oferta de informações e a obtenção do consentimento informado do idoso, através da manifestação de sua vontade, sem ter sido submetido à coação, influência, indução ou intimidação.” (Sousa & Ribeiro, 2013: 661, cit. Almeida & A, 2011).

O envolvimento, a empatia e a cumplicidade existentes entre o idoso e o enfermeiro, constituem o motor principal para uma sensibilização de sucesso, no que diz respeito à

importância de um envelhecimento ativo e adesão terapêutica. Este profissional deve procurar manter uma interação ativa e de qualidade com o idoso, considerando que o estabelecimento de uma relação de confiança e interajuda é essencial para que o idoso atinja uma situação de bem-estar físico e psicológico. Uma relação, baseada na comunicação e em princípios éticos, (Freitas *et al.*, 2010:275), valorizando-se a individualidade de cada uma das pessoas idosas.

“A enfermagem consiste num conjunto de serviços oferecidos a uma clientela composta por uma grande parte dos idosos. O enfermeiro que trabalha em gerontologia deve ser muito humano e deve dar provas de autenticidade nas suas relações com os clientes; é simultaneamente companheiro e prestador de cuidados. Deve não só assegurar-se de que os direitos dos seus clientes são respeitados, mas também informá-los convenientemente e implica-los nas intervenções apropriadas”. (Silva, Sousa & Bango, 2013:4 cit. La Pierre & Owen, 1989:17).

“Cuidar, tomar conta, é um ato de vida que tem primeiro, e antes de tudo, como fim, permitir a vida continuar, desenvolver-se, e assim lutar contra a morte: morte do indivíduo, morte do grupo, morte da espécie”. (Collière, 1989). Que se cuide, que se permita a vida continuar, mas com respeito e dignidade.

“Se adotarmos modos de cuidar mecânicos, condicionados pela obediência às normas rígidas e com pouco interesse pelo ser humano, estaremos abortando a possibilidade de formar e de nos transformar em cuidadores mais criativos, sensíveis e solidários.” (Pedro, s.d). Ainda que condicionado pela obediência a normas rígidas e com pouco interesse pelo ser humano, o enfermeiro, não deve desrespeitar a independência do idoso, deve sim, primar pela “sua participação nesse processo de cuidado, o que permite que a assistência se torne qualificada, de maneira a não se ter invasão ou posse.”(Freitas *et al.*, 2010:274). Deve continuar

“a fortalecer a sua prática no que se refere ao cuidado gerontológico, priorizando a autonomia dos idosos, e atendimento das necessidades biopsíquicas, socioculturais e espirituais, estimulando o autocuidado, autodeterminação e a independência, de modo a manter sua capacidade e qualidade de vida.”(Freitas *et al.*, 2010:274).

Atender a estas especificidades implica cuidar da pessoa idosa, como ela gostaria de ser cuidada, e não como cada um de nos gostaria de ser cuidado, ou seja, humanizando os cuidados. Relembrando que a autonomia se assume como vertente central do envelhecimento saudável, e como sendo fundamental para a promoção da sua qualidade de vida, que, por sua vez, é claramente assumida como a tônica dominante do envelhecimento ativo; ao estabelecer-se a

conexão com a matéria exposta, neste subcapítulo, constatamos que só será permitido ao idoso institucionalizado envelhecer ativamente, se este for alvo de cuidados específicos, prestados por profissionais de enfermagem, despojados de atitudes idadistas.

“A qualidade de vida está relacionada a aspetos como a autoestima e o bem-estar pessoal, capacidade funcional, o estado emocional, o nível socioeconómico, a atividade intelectual, a interação social, o suporte familiar, o autocuidado, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e religiosos. Diante disso, o enfermeiro deve promover ações que contribuam para a qualidade de vida de modo a possibilitar um envelhecimento digno.” (Santos *et al.*, 2013:122).

A postura assumida pelo enfermeiro, neste sentido, será determinante para a forma como o idoso irá vivenciar o seu processo de envelhecimento ativo, ou até mesmo se este o conseguirá vivenciar. No contexto da institucionalização, o enfermeiro é peça fulcral na prestação dos cuidados de qualidade à pessoa idosa e em todo um processo de sensibilização, para a importância humanização dos cuidados, direcionada a todos os outros intervenientes na prestação de cuidados ao idoso. Apesar do enfoque dado ao profissional de enfermagem, a humanização dos cuidados parte de cada uma das pessoas envolvidas na prestação desses mesmos cuidados.

O papel do enfermeiro, é indiscutivelmente alvo de relevo na literatura, nomeadamente no que se refere à promoção de um envelhecimento ativo e saudável, não só por ser o principal ator no cuidado, como também pelos créditos a nível do seu desempenho em atividades de educação em saúde. Esta permite estabelecer uma relação dialógico-reflexiva entre profissional e cliente, visando “a conscientização deste sobre sua saúde e a percepção como participante ativo na transformação de vida.” (Mallmann *et al.*, 2015:1764). Seja qual for o

“âmbito de atuação, o cuidado de enfermagem gerontológica se faz importante pelo cuidado específico e pela contribuição para mudanças de comportamento individuais, coletivas e organizacionais, no que diz respeito à saúde da pessoa idosa, por meio da educação em saúde e ações de promoção da saúde voltadas para pessoas idosas.”(Santos *et al.*, 2013:122).

Por tal, considera-se que nas instituições deverão existir equipas multidisciplinares, devendo essas equipas

“incluir obrigatoriamente o profissional de enfermagem, já que este profissional mostra reunir um conjunto de competências alargadas, quer no planeamento e execução dessas atividades, quer na

avaliação e monitorização dos resultados obtidos. O enfermeiro é detentor de competências que lhe permitem identificar e implementar intervenções no âmbito da promoção da autonomia, vigilância da saúde, reabilitação, prevenção de eventuais dificuldades clínicas, supervisão de atividades e estimulação para a execução das AVD e atividades interpessoais e socioculturais.” (Imaginário, Machado, Rocha, Antunes & Martins, 2017: 41).

No contexto da institucionalização, este papel reveste-se ainda de maior importância, por tudo aquilo que o processo da institucionalização representa para o idoso. A “(...) presença de profissionais de enfermagem nessas instituições contribui para a diminuição do agravamento do estado de saúde dos idosos bem como no declínio da funcionalidade ao nível das AVD” (Imaginário *et al.*, 2017: 41).

Numa outra perspetiva, o contributo do profissional de enfermagem, é também fundamental no que toca a mostrar aos órgãos responsáveis pelas instituições e consequentemente “(...) ao poder político que o investimento em cuidados de promoção e manutenção do potencial de saúde traduz ganhos em saúde, nomeadamente na autonomia e funcionalidade dos idosos.” (Imaginário *et al.*, 2017: 41).

O papel do enfermeiro é, por tudo isto, fundamental quer na prestação de cuidados que promovam um envelhecimento ativo, quer a nível da conscientização, nomeadamente no que se refere à necessidade de criação de políticas de incentivo e proteção ao envelhecimento ativo, e implementação das mesmas por parte da instituição que acolhe a pessoa idosa.

PARTE II- ESTUDO EMPÍRICO

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA E APRESENTAÇÃO DOS OBJETIVOS DO ESTUDO

1.1 - PROBLEMÁTICA DO ESTUDO: QUESTÃO DE PARTIDA

Para construir a problemática do estudo, de forma coerente e coesa, teremos que proceder à formulação daqueles que serão os pontos de referência teóricos da investigação: questão de partida, conceitos e ideias gerais. “A problemática é a abordagem ou a perspectiva teórica que decidimos adotar para tratarmos o problema formulado pela pergunta de partida. (...)Constitui a etapa charneira da investigação, entre a rutura e a construção.” (Quivy & Campenhoudt, 2005:89). No que concerne à questão de partida, é com esta que “o investigador tenta exprimir o mais exatamente possível aquilo que procura saber, elucidar, compreender melhor. A pergunta de partida servirá de primeiro fio condutor da investigação” (Quivy & Campenhoudt, 2005:44).

Com a realização deste estudo, pretendemos verificar qual o efeito da institucionalização do idoso, no seu processo de envelhecimento ativo e perceber ainda, se a institucionalização se constitui como condicionante nesse mesmo processo, pela perspectiva do profissional de enfermagem. O aprofundar dos conhecimentos teóricos, permitiu-nos confirmar a crescente importância da problemática em estudo, reafirmando a necessidade e pertinência do presente estudo. Os conhecimentos teóricos adquiridos, conduziram-nos à pergunta de partida, à qual almejamos dar resposta com os resultados obtidos neste estudo.

Perante o problema definido para estudo, a institucionalização perante o processo e promoção de um envelhecimento ativo, a questão de partida formulada, deverá ter como foco determinar: **“De que forma a institucionalização do idoso pode influenciar o processo de envelhecimento ativo, na perspectiva dos enfermeiros?”**

Definido o problema em estudo, são várias as questões que se levantam ao investigador:

- Qual a definição atribuída, pelos profissionais de enfermagem ao conceito de envelhecimento ativo?
- O que entendem os profissionais de enfermagem por envelhecer ativamente?

- Qual o significado atribuído pelo idoso à institucionalização, na perspectiva do profissional de enfermagem?
- Qual a importância da promoção de um envelhecimento ativo, junto ao idoso institucionalizado?
- Qual o papel do profissional de enfermagem na promoção e processo de envelhecimento ativo, junto ao idoso institucionalizado?
- Qual a influência do clima e cultura organizacional, da instituição, no processo de envelhecimento ativo?

1.2 - OBJETIVOS: GERAL E ESPECÍFICOS

Considerando o problema definido para o estudo, assume-se como objetivo geral deste estudo: refletir sobre o efeito da institucionalização do idoso no processo de envelhecimento ativo, na perspectiva do profissional de enfermagem. Tendo em conta o objetivo geral definido, e por forma a dar resposta questão de partida formulada, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Compreender o que os enfermeiros consideram ser um envelhecimento ativo;
- Caracterizar o papel do enfermeiro na promoção e processo do envelhecimento ativo, junto ao idoso institucionalizado;
- Caracterizar, na perspectiva do enfermeiro, a influência do clima e cultura organizacional das instituições no processo de envelhecimento ativo.
- Identificar fatores que, na perspectiva do enfermeiro, contribuem para a conotação, mais ou menos negativa, que o idoso atribui à institucionalização e podem influenciar o seu processo de envelhecimento ativo;
- Identificar práticas, que na perspectiva do enfermeiro, contribuem para uma institucionalização que preserve a autonomia, direito à realização pessoal e participação ativa do idoso na vida da comunidade, promovendo um envelhecimento ativo.

2. METODOLOGIA

“Uma investigação é, por definição, algo que se procura. É um caminhar para um melhor conhecimento e deve ser aceite como tal, com todas as hesitações, desvios e incertezas que isso implica.” (Quivy & Campenhoudt, 2005:31). Hesbeen (2003:134), assume a metodologia como sendo “o discurso que acompanha o caminho. É o relato da aventura do investigador que parte à descoberta de uma questão.” Enquanto na fase conceptual se estabelecem os fundamentos do estudo, na fase metodológica operacionaliza-se o estudo tendo em vista a realização da fase empírica. No decorrer da investigação, os três atos do procedimento científico (rutura, construção e verificação) “são realizados ao longo de uma sucessão de operações” (Quivy & Campenhoudt, 2005:30), sendo nesta etapa que se determinam alguma dessas operações e estratégias. O investigador irá focar-se essencialmente no desenho de investigação, na escolha da população e da amostra, nos métodos de medida e de colheita de dados. (Fortin, 2006). Neste estudo, a metodologia a implementar será (Figura II- Metodologia a Implementar):

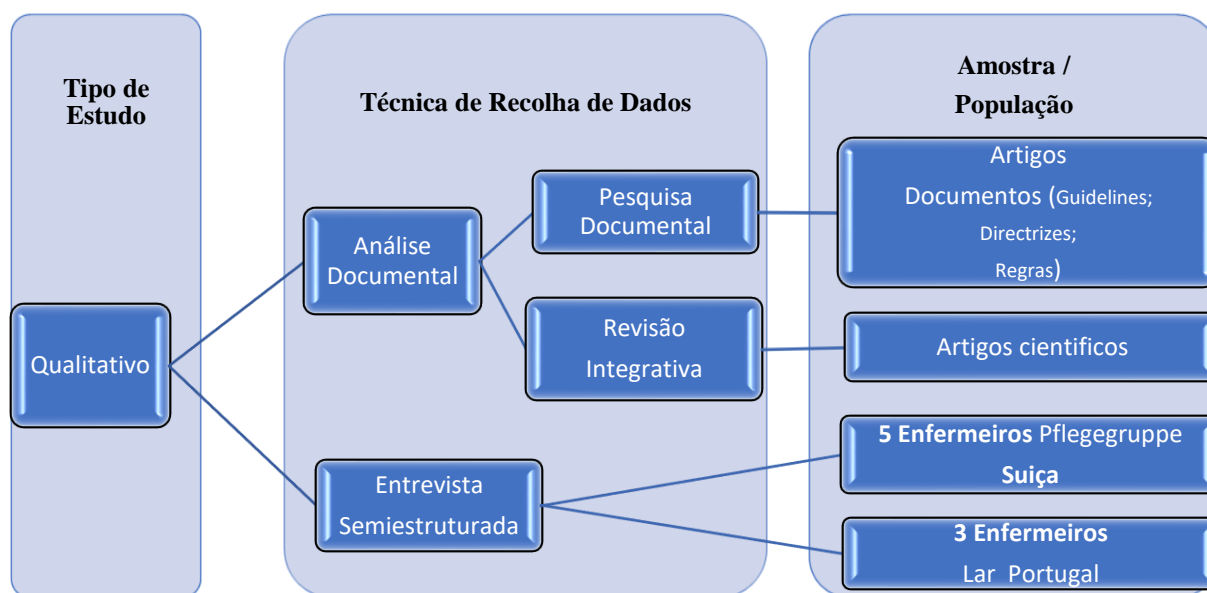


Figura II- Metodologia a Implementar

2.1 - JUSTIFICAÇÃO DA METODOLOGIA: TIPO DE ESTUDO E INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

A pesquisa científica, no ramo da gerontologia, é de cariz essencial no que concerne à produção do saber acerca das condições de vida e saúde da população idosa, direcionada ao envelhecimento humano, na medida, em que dela resulta a produção de conhecimento científico “com relevância para as múltiplas áreas que se entrelaçam e preenchem os espaços até então desconhecidos.”(Camacho, 2002:230). Caracterizando-se pela sua interdisciplinaridade, a gerontologia, como área de conhecimento específico acerca do envelhecimento, proporciona novos caminhos de pesquisa para as disciplinas que a integram, que, por sua vez, contribuem para o processo de busca e construção do conhecimento na gerontologia. (Camacho, 2002). Entre essas disciplinas, configura a enfermagem.

O conhecimento específico e fundamentado acerca da pessoa idosa e do processo de envelhecimento, constitui-se como a ferramenta de trabalho da enfermagem gerontológica. Esta, por sua vez, é um ramo da Enfermagem em ascensão, que em muito se prende com aumento da população idosa. Perante o paradigma atual, o envelhecimento humano transformou-se objeto de conhecimento.

É no encontro inevitável entre a arte e o artista, neste caso a enfermagem e o enfermeiro, que se molda o conhecimento resultante da investigação em enfermagem, como a forma ideal “ para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde.”(OE, 2006:1 cit. Internacional Council of Nurses, 1999).

“A Prática Baseada em Evidências (PBE) pode ser definida como uma abordagem de solução de problema para prestar o cuidado em saúde que integra a melhor evidência oriunda de estudos bem delineados e dados do cuidado, e combina com as preferências e valores do paciente e a expertise do profissional de saúde.”(Camargo, Iwamoto, Galvão, Andrade & Masso, 2018:2149)

A enfermagem tal como outra disciplina, “necessita de produção e de renovação contínua do seu próprio corpo de conhecimentos, o que poderá ser assegurado pela investigação”. (OE, 2006:1). Tendo como linha orientadora o problema definido, para a realização deste estudo será desenvolvida uma investigação qualitativa. Esta permite explorar em profundidade um conceito que leva à descrição de uma experiência ou à atribuição de um significado a esta mesma experiência, tendo como objetivo principal compreender melhor os fatos ou fenómenos sociais ainda mal elucidados. (Fortin, 2006). Em suma, dá informação sobre o contexto, contribuindo

para uma visão mais profunda do comportamento humana, explicando e fazendo emergir a verdade individual e considerando o processo na descoberta. (Guba & Lincoln, 1994; Denzin & Lincoln, 2011).

Na investigação qualitativa, os dados provêm de observações e de entrevistas, de registos ou de textos já publicados. (Fortin, 2006). Por sua vez, a prática de enfermagem baseada na evidência é definida como sendo “a incorporação da melhor evidência científica existente (quantitativa e qualitativa), conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos utentes no contexto dos recursos disponíveis”. (OE, 2006:1). Neste sentido, para este estudo os dados irão provir numa fase inicial, da análise documental, nomeadamente pesquisa documental e revisão integrativa [RI], e em fase posterior pela realização de entrevistas semiestruturadas.

2.1.1 - Análise Documental

A análise documental, constitui-se para este estudo, como a primeira fase de recolha de dados. Esta desenvolveu-se em duas etapas, que se completam entre si. Inicialmente pela pesquisa documental e numa etapa seguinte, pela RI.

Pela análise e interpretação dos resultados obtidos, ser-nos-á permitido construir o instrumento de colheita de dados, fundamental para a segunda fase de recolha de dados, mais concretamente a elaboração do guião de entrevista (Apêndice I).

2.1.1.1 - Pesquisa Documental

A pesquisa documental, numa primeira etapa da recolha de dados, realizada para este estudo, visou a realização da revisão bibliográfica, base do enquadramento teórico, que constitui a primeira parte, do presente trabalho.

Os dados recolhidos nesta fase inicial, permitiram contextualizar o problema em estudo, no que se refere à sua origem, evolução e como este se apresenta na atualidade. Estes dados provieram da leitura e análise de artigos e documentos (guidelines, diretrizes), elaborados por entidades oficiais nacionais, suíças e internacionais. Entre eles constam os seguintes documentos:

- Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável, Despacho Normativo nº 12427/2017 de 10 de julho, DGS;
- Programa Nacional para a Saúde de Pessoas Idosas, Circular Normativa nº 13, 2004 - Lisboa, Ministério da Saúde;

- Estatísticas Demográficas 2017, INE;
- Demos1/2018 Aktives Altern, Schweizerische Eidgenossenschaft – Bundesamt für Statistik
- Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, OMS, 2015;
- Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio, Resumo Executivo, Fundo de População das Nações Unidas, 2012.

A diversidade dos dados, entre os quais estatísticos, possibilitou o aprofundar dos conhecimentos teóricos e consequentemente uma maior compreensão da temática em estudo, o que nos conduziu à pergunta de partida, à qual almejamos dar resposta.

Numa fase posterior, tendo já definidos os objetivos do estudo, foram analisados documentos, facultados pelas instituições, que colaboraram no estudo. Tal, teve como intuito, enriquecer o estudo com os dados provenientes da análise dos documentos institucionais, na medida em que estes refletem o sistema e estrutura organizacional das instituições. Desta forma, irão permitir perceber e interpretar as respostas dadas pelos profissionais de enfermagem, dessas mesmas instituições, numa segunda fase de recolha de dados, aquando da realização das entrevistas semiestruturadas.

O Pflegegruppe, instituição suíça, dispõe de um arquivo digital, criado para todo o grupo Gesundheitszentrum Unterengadin [CSEB], no qual se inclui o PG, onde estão guardados todos os documentos oficiais pelos quais se regem os profissionais da instituição. Para além dos documentos oficiais de autoria do próprio grupo, também é possível ter acesso a documentos de entidades oficiais de saúde suíças e europeias, levados em linha de conta pela instituição, quer em formato digital, quer em formato papel. A instituição portuguesa rege-se pelas normas da Segurança Social, tal como confirmam os documentos aos quais tivemos acesso. O acesso a estes documentos, foi-nos possibilitado pela diretora técnica da instituição, constituindo estes, a legislação pela qual esta se rege. Para os estudos selecionados para análise, facultados por ambas as instituições, foi elaborada uma tabela, possível de consultar no Apêndice III: Tabela III - Pesquisa documental: Estudos .

2.1.1.2 - Revisão Integrativa

As revisões de literatura são, de acordo com Unger (2019:149), “dispositivos de informação que buscam agregar as informações existentes em determinados nichos do conhecimento produzido contribuindo para a construção de um novo corpo de conhecimento”.

Estas dividem-se em narrativas, integrativas, sistemáticas e meta análises, “englobam, cada uma, as suas especificidades e peculiaridades.” (Unger, 2019:149).

No que se refere à revisão bibliográfica sistemática, esta é uma visão planeada para responder a uma pergunta específica, utilizando métodos explícitos e sistemáticos para identificar, selecionar e avaliar criticamente os estudos, e para coletar e analisar dados desses estudos incluídos na revisão (Botelho, Cunha & Macedo, 2011 cit. Castro, 2006).

“A síntese dos dados científicos de forma a criar instrumentos para a divulgação científica passa pelo método sistemático das revisões de literatura que permitem, pelo meio e uso de critérios específicos de estratégias de busca, localizar, recuperar, sintetizar e avaliar os achados.” (Unger, 2019:150).

Os trabalhos resultantes deste tipo de revisão são considerados originais, dado para além de utilizarem como fonte dados da literatura sobre determinado tema, serem também elaborados com rigor metodológico. (Botelho *et al.*, 2011 cit. Rother, 2007).

A revisão bibliográfica sistemática é considerada como sendo uma metodologia “guarda-chuva”, dado incorporar quatro diferentes tipos de métodos para o processo de revisão da literatura, entre os quais a revisão integrativa. (Botelho *et al.* 2011). “Uma revisão integrativa é um método específico, que resume o passado da literatura empírica ou teórica, para fornecer uma compreensão mais abrangente de um fenómeno particular”. (Botelho *et al.* 2011:127 cit., Broome, 2006). Objetiva traçar uma análise sobre o conhecimento já construído em pesquisas sobre um determinado tema, possibilitando a síntese de vários estudos já publicados, permitindo a geração de novos conhecimentos, pautados nos resultados apresentados pelas pesquisas anteriores. (Botelho *et al.* 2011:127 cit. Mendes; Silveira & Galvão, 2008; Benefield, 2003; Polit & Beck, 2006). Este método, permite não só, a avaliação crítica das evidências encontradas, como também a caracterização do estado de conhecimento do assunto de interesse. (Camargo *et al.*, 2018).

“Em virtude da quantidade crescente e da complexidade de informações na área da saúde, tornou-se imprescindível o desenvolvimento de artifícios, no contexto da pesquisa cientificamente embasada, capazes de delimitar etapas metodológicas mais concisas e de propiciar, aos profissionais, melhor utilização das evidências elucidadas em inúmeros estudos. Nesse cenário, a revisão integrativa emerge como uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática.” (Souza, Silva & Carvalho, 2010:102).

De forma sucinta, a RI, permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo. Em virtude da sua abordagem metodológica, permite a inclusão de métodos diversos, que têm o potencial de desempenhar um importante papel na PBE em enfermagem. (Mendes, Silveira & Galvão, 2008). Optar pela revisão integrativa como método de pesquisa

“permite a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema investigado, sendo o seu produto final o estado atual do conhecimento do tema investigado, a implementação de intervenções efetivas na assistência à saúde e a redução de custos, bem como a identificação de lacunas que direcionam para o desenvolvimento de futuras pesquisas”. (Mendes *et al.*, 2008:758).

Considerado como sendo o método mais amplo de revisão de literatura, na medida em que permite incluir em simultâneo estudos experimentais e não experimentais, interconectando os achados para compreensão do fenómeno em interesse, a RI, dada a variada de estrutura dos estudos que abarca, e a multiplicidade de objetivos, potencia representações de conceitos complexos, teorias ou problemas de saúde, de extrema importância. (Lentsck, Marcon & Baratieri, 2018:84). No estudo em questão almejamos que, assim o seja, para a disciplina de Gerontologia, mais especificamente, fazendo a ponte para a Enfermagem Gerontológica, considerando o tema a tratar. Para a realização de uma RI relevante torna-se necessário seguir uma sucessão de etapas bem definidas, etapas essas que apresentarei em seguida e nas quais terá base a RI a desenvolver neste estudo. Para esta RI, serão então seguidas seis etapas:

- **1ª Etapa: Identificação do tema e seleção da questão da partida**

Esta primeira etapa constituiu o fio condutor para o RI a desenvolver, na medida em que é nesta fase que se procede à identificação do tema e seleção da questão de partida. Para além de se definir o problema e formular a pergunta de pesquisa, nesta etapa, foi definida a estratégia de busca, os descritores e as bases de dados.

Juntamente com os descritores definidos, serão usados operadores booleanos, representados pelos termos de ligação «AND» (combinação restritiva) e «OR» (combinação aditiva). Sendo estes operadores delimitadores, ao digitá-los entre os termos da pesquisa estaremos a restringir o escopo, ou seja, estes foram usados de forma a atingir os objetivos da pesquisa.

Nesta fase, interessou ainda definir o período de pesquisa. Dada a relevância de estudos encontrados anteriores a esta data, foram considerados os últimos 10 anos, restringindo a pesquisa aos anos 2009-2019, sendo apenas incluídos artigos em texto integral «full text». O

idioma preferencialmente utilizado foi o português e o alemão, mas dada a relevância teórica de determinados artigos, foi também considerado o inglês.

- **2ª Etapa: Estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão**

Esta fase consistiu no uso da base de dados, procurando os estudos com base em critérios de inclusão previamente estabelecidos. Nesta fase da recolha de dados foi necessário seleccionar os elementos da população para a revisão. (Cooper, 1982). Neste sentido e de forma a seleccionar os artigos para a presente RI, utilizamos o método designado de PICOS (Participantes, Intervenção, Comparadores, «Outcomes») – resultados – e desenho (ou tipo de estudo). Este método permitiu-nos definir critérios de inclusão e exclusão, apresentados na Tabela II- Critérios de inclusão e exclusão seleccionados para o estudo.

- **3ª Etapa: Identificação dos estudos pré-seleccionados e seleccionados**

“Após e realizada a pesquisa começa-se por seleccionar os artigos, pela seguinte ordem: título, resumo e texto integral, eliminando-se em cada fase os artigos que não correspondem à pergunta de partida e aos critérios de inclusão” (Sousa, Vieira, Severino & Antunes, 2017:21 cit. Rodrigues, *et al.* 2012). A partir da conclusão deste procedimento, foi elaborada uma tabela com os estudos pré-seleccionados para a revisão integrativa (Tabela IV- Estudos Seleccionados para a RI).

- **4ª Etapa: Categorização dos estudos seleccionados**

Esta etapa teve como objetivo sumariar e documentar a informação extraída dos artigos encontrados e seleccionados para RI, nas fases anteriores.

De forma a extrair as informações dos artigos seleccionados, foi criada uma matriz de síntese, Tabela VI- Matriz de Síntese RI. A elaboração desta teve como objetivo evitar erros durante a análise e auxiliar no foco pesquisa, contendo informações sobre aspetos da investigação que permitiram uma visão geral de dados relacionados a um desempenho de certos pontos. A matriz serviu assim de ferramenta de interpretação e construção da redação da RI a desenvolver. Não existe matriz de síntese correta, o processo de construção da mesma, irá depender da criatividade pessoal do pesquisador (Botelho *et al.*, 2011 cit. Miles & Huberman, 1994).

- **5ª Etapa: Análise e interpretação dos resultados**

Nesta etapa procedeu-se à discussão dos resultados. É nesta fase “que o pesquisador, guiado pelos achados, realiza a interpretação dos dados e com isso, é capaz de levantar as lacunas de conhecimento existentes e sugerir pautas para futuras pesquisas.” (Botelho *et al.*, 2011:132 cit. Ganong, 1987; Mendes *et al.*, 2008). Para além da comparação entre os resultados

da avaliação crítica dos artigos incluídos com o conhecimento teórico, de forma a garantir a validade da RI, salientámos as “conclusões e interferências, assim como explicitar os enviesamentos.” (Sousa *et al.*, 2017:23).

- **6ª Etapa: Apresentação da revisão/síntese do conhecimento**

Esta etapa é “um trabalho de extrema importância, já que produz impacto devido ao acúmulo do conhecimento existente sobre a temática pesquisada.” (Botelho *et al.*, 2011, cit. Mendes *et al.*, 2008). Nesta fase, foram apresentados os principais resultados obtidos, as principais evidências obtidas pela análise dos estudos incluídos na RI realizada. Esta apresentação, foi elaborada de acordo com a categorização dos dados e dimensões emergentes.

2.1.2 - Entrevista semiestruturada

Como foi referido anteriormente, para além da análise documental, também a entrevista semiestruturada foi utilizada, neste estudo, como instrumento de colheita de dados. A utilização desta teve como objetivo principal perceber de que forma o ambiente e cultura organizacional da instituição pode influenciar o processo de envelhecimento ativo. O objetivo principal, foi perceber essa influencia, não só no que diz respeito à adesão dos idosos a medidas/programas que lhes permitam continuar a envelhecer com mais saúde, autonomia, independência, e com melhor qualidade de vida, em suma, envelhecer ativamente; como também, perceber de que forma o ambiente e cultura instituídos podem e em que medida condicionam o desempenho dos cuidadores formais, neste caso os enfermeiros, no que diz respeito à promoção de um envelhecimento ativo, junto ao idoso institucionalizado.

O pesquisador,

“diante de uma temática norteadora, e tendo a narrativa como referência principal, realiza outras indagações, na busca da compreensão do que o participante está narrando. Ou seja, são indagações em torno de um questionamento norteador, que tem por objetivo a busca de sentido para o pesquisador em relação à pergunta e/ou ao objetivo central da investigação.” (Moré, 2015:128).

A opção por este tipo de entrevista deveu-se ao facto de poderem ser colocadas questões abertas, que proporcionam, aos entrevistados, uma maior liberdade de resposta, de forma a realçar os pontos de vista dos participantes/entrevistados e obter uma ideia mais precisa do que constitui a sua experiência, permitindo-lhes exprimir com espontaneidade o seu pensamento. Este tipo de entrevista possibilitar-me-á a adaptação da entrevista ao entrevistado, permitindo a individualização da comunicação. A ordem das questões pode ser alterada, sendo os

entrevistados encorajados a falar. Neste sentido, a flexibilidade e possibilidade de adaptação ao entrevistado, às suas reações ou ao contexto, permitem uma recolha de dados mais alargada.

O diálogo proposto neste tipo de entrevista,

“como um instrumento de coleta de dados, constitui-se num “espaço relacional privilegiado”, onde o pesquisador busca o protagonismo do participante. Será nesse espaço, criado e proposto pelo investigador, que o participante expressará livremente suas opiniões, vivências e emoções que constituem suas experiências de vida, cabendo ao pesquisador o controle do fluxo das mesmas.” (Moré, 2015:127).

Na entrevista semiestruturada utilizou-se um guião de temas. Este guião tem como finalidade possibilitar a recolha de dados qualitativos comparáveis de confiança, permitindo ainda, compreender de forma mais profunda, tópicos de interesse para o desenvolvimento de questões semiestruturadas relevantes. O investigador qualitativo pode, ainda, de forma consciente, realizar perguntas complementares, buscando uma melhor explicação sobre determinados temas.

Considerando o âmbito e a razão pela qual surgiu a necessidade deste estudo, foram entrevistados profissionais de enfermagem, que trabalham em instituições de longa permanência para idosos distintas. Uma das instituições portuguesa, que se enquadra no tradicional conceito de Lar de idosos, e a outra suíça, onde está implementado um novo conceito de residência permanente para idosos.

A escolha do PG, na Suíça, deveu-se não só ao se estar a implementar um novo conceito, como também pelo fato de alguns desses enfermeiros para além de trabalharem de forma direta com idosos institucionalizados, já terem desempenhado ou já desempenharem funções de cariz administrativo e já terem trabalhado em instituições onde está implementado o tradicional conceito de lar, que se assemelha à realidade portuguesa.

Os dados obtidos, através da realização destas entrevistas, dariam um contributo enriquecedor a este estudo, no que se refere ao reiterar de lacunas encontradas e levantadas resultantes da RI, sugerindo, eventuais novos caminhos, pautas para futuras pesquisas. Permitiu, de certa forma, o confrontar do conhecimento teórico com a realidade, o que possibilitou salientar de forma mais consistente as conclusões.

Para cada entrevista foi estabelecida a duração máxima de 50 a 60 minutos, procedendo ao seu registo através de gravação áudio e posterior transcrição. Tendo em conta as características enunciadas da entrevista semiestruturada e o facto das entrevistas a realizar poderem dar

resposta ao problema em estudo e aos objetivos definidos para o mesmo, foi elaborado um guião de entrevista que consta em apêndice (Apêndice I).

2.1.2.1 - População/Amostra

Fortin (1999), define a população como sendo uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham de características comuns, de acordo com um conjunto de critérios.

Para o estudo em questão, a escolha dos participantes, aos quais foi aplicada a entrevista, recaiu sobre profissionais de enfermagem de duas instituições de longa permanência para idosos, de países distintos e, por conseguinte, de diferentes contextos. No total participaram 8 enfermeiros, na sua maioria mulheres.

No total, neste estudo, participaram todos os profissionais de enfermagem ao serviço da instituição portuguesa e cinco da instituição suíça.

2.1.2.2 - Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão deverão definir as características principais da população-alvo, para o presente estudo, foram apenas considerados profissionais de enfermagem, a trabalharem em instituições de longa permanência para idosos.

Já os critérios de exclusão, deverão permitir afastar tudo aquilo que possa interferir com os dados a nível da sua qualidade dos dados, aceitabilidade da randomização e/ou na interpretação dos achados (Hulley, Cummings, Brower, Grady & Newman, 2015). Desta forma, foram considerados como critérios de exclusão:

- Todos profissionais de saúde que não sejam enfermeiros;
- Profissionais de enfermagem que não trabalhem na prestação de cuidados a idosos, no contexto da institucionalização;
- Recusa de participação no estudo.

2.1.2.3 - Caracterização sociodemográfica da amostra

No momento de aplicação da entrevista, foram recolhidos dados que nos permitem caracterizar a amostra. Esses dados foram agrupados na Tabela XI - Tabela de caracterização sócio demográfica da amostra, em que “Enf.” representa enfermeiro, e a numeração a ordem pela qual foram aplicadas as entrevistas, ou seja, “Enf.1”, representa o primeiro enfermeiro a ser entrevistado, e assim sucessivamente.

2.1.2.4 - Considerações éticas

"Toda a investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes." (Martins,2008:62). Fortin (1999:114), considera que a "ética, no seu sentido mais amplo, é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. De forma geral, a ética é o conjunto de permissões e interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estas se inspiram para guiar a nossa conduta. A ética busca, desta forma, fornecer princípios orientadores para o agir do ser humano.

De acordo com as Diretrizes éticas para a investigação em enfermagem, elaboradas pela Internacional Council of Nurses (ICN), são seis os princípios éticos que devem guiar a investigação:

1. Beneficência, «fazer o bem» para o próprio participante e para a sociedade.;
2. Avaliação da maleficência, sob o princípio de «não causar dano», e, portanto, avaliar os riscos possíveis e previsíveis;
3. Fidelidade, o princípio de «estabelecer confiança» entre o investigador e o participante do estudo ou sujeito de investigação;
4. Justiça, o princípio de «proceder com equidade» e não prestar apoio diferenciado a um grupo, em detrimento de outro;
5. Veracidade, seguindo o princípio ético de «dizer a verdade», informando sobre os riscos e benefícios. Associa-se ao consentimento livre e esclarecido;
6. Confidencialidade, o princípio de «salvaguardar» a informação de carácter pessoal que pode reunir-se durante um estudo respeitando do anonimato.

Estes princípios relacionam-se de forma direta com o respeito pelos direitos dos participantes no estudo, no referente a não receber dano, ao "direito de conhecimento pleno, ou de informação completa sobre o estudo - sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para a qual é solicitado a participação da pessoa, assim como os métodos utilizados no estudo", (Nunes, 2013:7), ao direito de autodeterminação, ao direito à intimidade, e ao direito ao anonimato e à confidencialidade. Assim, os entrevistados devem sentir-se livres e esclarecidos, para participar da pesquisa proposta, resguardando desta forma ao investigador do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação dos resultados.

Atendendo aos princípios enunciados, a aplicação do instrumento de colheita de dados, foi precedida de um esclarecimento no que se refere à finalidade do estudo e tratamento dos dados, sendo garantida a confidencialidade. É através do consentimento informado, que o entrevistado

declara ter sido informado, por escrito, de forma detalhada, clara e inequívoca, dos objetivos do estudo e procedimentos da pesquisa. (Anexo II/III).

2.1.2.5 - Autorizações

Após contato com os órgãos de direção de ambas as instituições, portuguesa e suíça, com as quais os enfermeiros que se pretendem entrevistar mantêm vínculo laboral, foi obtida autorização para a aplicação dos instrumentos de colheitas de dados. Ambas as instituições demonstraram toda a disponibilidade e interesse em incentivar e colaborar neste projeto. Também os enfermeiros, de ambas as instituições, manifestaram toda a sua disponibilidade para serem entrevistados e darem o seu contributo para a pretendida investigação.

Foi prometida a confidencialidade dos dados recolhidos e assumido o compromisso de que estes se destinam única e exclusivamente ao desenvolvimento deste projeto de investigação. De referir ainda que o pedido de colaboração dos enfermeiros foi feito mediante consentimento informado, sendo mantido o seu anonimato, caso estes assim o desejem. (Anexo II/III). O projeto, antes da sua aplicação no terreno, foi ainda submetido à apreciação da Comissão de Ética do IPP, tendo obtido parecer favorável (Anexo I).

3. PROCEDIMENTO DE TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Para o presente trabalho de investigação, os dados irão provir de:

- Documentos: obtidos através da análise documental, nomeadamente, pesquisa documental e RI.
- Pessoas: Profissionais de enfermagem, no contexto da institucionalização a quem foi feita uma entrevista.

Recolhidos os dados, procedeu-se à sua análise, sendo “responsabilidade do investigador elucidar o melhor possível tudo o que se relaciona com as possibilidades que se lhe oferecem,” (Quivy & Campenhoudt, 2005:96), bem como,

“analisar os seus dados de forma indutiva. Não recolhem dados ou provas com o objetivo de confirmar ou infirmar hipóteses construídas previamente; ao invés disso, as abstrações são construídas à medida que os dados particulares que foram recolhidos se vão agrupando” (Bogdan & Biklen, 1994:50).

Segundos os mesmos autores o “processo de análise dos dados é como um funil: as coisas estão abertas de início (ou no topo) e vão-se tornando mais fechadas e específicas no extremo”, em que, o investigador planeia utilizar parte do estudo para perceber quais são as questões mais importantes. Não presume que se sabe o suficiente para reconhecer as questões importantes antes de efetuar a investigação. (Bogdan & Biklen, 1994:50).

No estudo a desenvolver, em que os dados resultam de pesquisas de abordagem qualitativa, foi utilizada como técnica de análise, a análise de conteúdo. Esta tem como intuito produzir inferências de um texto para o seu contexto social de forma objetiva, (Silva & Fossá, 2015 cit. Bauer & Gaskell, 2002), sobressaindo a importância do rigor na utilização da análise de conteúdo, dada necessidade de ultrapassar incertezas, e descobrir o que é questionado. (Bardin, 2016). É-nos, assim permitido, classificar o material recolhido em categorias que nos irão auxiliar na compreensão do que está por detrás dos discursos. (Silva & Fossá, 2015).

A análise de conteúdo é, desta forma, “uma técnica de pesquisa que visa uma descrição do conteúdo manifesto de comunicação de maneira objetiva, sistemática e quantitativa”, (Campos, 2004:612), “referindo-se atualmente, ao estudo tanto dos conteúdos nas figuras de linguagem, reticências, entrelinhas, quanto dos manifestos.” (Campos, 2004:612). É, como refere

Rodrigues (2002), um trabalho de identificação, reconhecimento, seleção, ou recorte do conteúdo pertinente que depois se vai classificar, catalogar, codificar ou distribuir em função de um sistema de categorias, propondo interpretações em função de um trabalho de leitura efetuado, com base numa teoria que depois lhe dará significação.

O uso desta técnica, adjectivada como refinada, exige do pesquisador “disciplina, dedicação, paciência e tempo. Assim, a análise de conteúdo, não deverá ser “extremamente vinculada ao texto ou a técnica, num formalismo excessivo que prejudique a criatividade e a capacidade intuitiva do pesquisador”, nem tão subjetiva, ao ponto, de levar o investigador “a impor as suas próprias ideias ou valores, no qual o texto passe a funcionar meramente como confirmador dessas”,(Campos, 2004:613), objetivando extrair a informação pertinente em relação às questões formuladas. Assim é preciso não descuidar o contexto social e histórico dos conteúdos produzidos, pelo que se procedeu à caracterização sociodemográfica da amostra.

A análise de conteúdo, quer dos documentos, quer das entrevistas consistiu em esmiuçar na íntegra toda a informação, de forma rigorosa e objetiva. Relativamente às entrevistas, os textos, resultantes da sua transcrição, foram organizados e estruturados, de maneira a tornar os dados significativos, (Bardin, 2016), permitindo ao investigador refletir sobre a sua relevância e construir significados diretamente relacionados com o problema da investigação, ao qual se pretendia dar resposta. Para a sua efetivação, conferindo significação aos dados coletados, procedeu-se à análise dos mesmos seguindo várias etapas, resumidas em três fases:

I) Fase de pré-exploração do material ou de leituras flutuantes do corpus das entrevistas: nesta primeira fase sistematizaram-se “as ideias iniciais colocadas pelo quadro referencial teórico e estabelecer indicadores para a interpretação das informações coletadas.” (Silva & Fossá, 2015:3). Foi feita uma leitura inicial e geral do material recolhido e eleito para a análise, o que permitiu ao “(...) pesquisador transcender a mensagem explícita e de uma forma menos estruturada já conseguir visualizar mesmo que primariamente, pistas e indícios não óbvios.” (Campos, 2004:613). Neste seguimento, no que concerne às entrevistas, tornou-se então necessário proceder anteriormente à sua transcrição.

II) Fase de seleção das unidades de análise ou unidades de significados: é nesta separação de dados, em unidades relevantes e significativas, que assenta o significado básico da análise de dados, pelo que esta constitui uma das mais básicas e importantes decisões para o investigador. (Campos, 2004). As unidades de análise selecionadas, são recortes de texto, tendo sido selecionados aqueles que se considerou darem resposta às questões de investigação, norteadoras do estudo, e as quais necessitavam de resposta. Este processo de redução dos dados,

dinâmico e indutivo, de “atenção ora concreta a mensagem explícita, ora as significações não patentes do contexto”, (Campos, 2004:613) tornou-os manejáveis, de mais fácil compreensão, apresentando-os com mais sentido, o que permitiu uma melhor inferência, possibilitando tirar as conclusões finais e verificá-las.

III) Fase de categorização e subcategorização: nesta fase, procedemos à identificação das diferentes unidades de registo em função das categorias, subcategorias e indicadores emergentes dos dados, ou seja, procedemos à categorização. Para o crescimento e aprimoramento da ciência é fundamental a organização e divulgação entre a sociedade do conhecimento oriundo das pesquisas científicas. A análise dos dados extraídos nos documentos (produção bibliográfica) faz-se a partir da elaboração de categorias que têm significado específico e estritamente ligado às informações que se deseja obter. Por conseguinte, o processo de categorização e subcategorização, pode definir-se como “uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género”. (Campos, 2004:613).

Para o estudo em questão, a categorização dos dados procedeu-se por via de duas formas distintas: a dedutiva, a partir das questões de investigação delineadas e do guião de entrevista elaborado já em fase anterior, e de forma indutiva, a partir dos dados provenientes da análise documental e entrevistas. A partir das questões de investigação delineadas e do guião de entrevista elaborado em fase anterior, e tendo por base o quadro teórico, foi elaborada uma matriz de categorias e subcategorias, que funcionou como grelha teórica do estudo (Apêndice II). Os objetivos específicos definidos para o estudo, foram agrupados em quatro categorias, das quais surgiram subcategorias. De ressaltar, que do cruzar a análise da RI, documentos e entrevista, emergiram novas categorias-/subcategorias. Esse cruzar de análise, deu lugar às dimensões abordadas na fase empírica.

A categorização dos estudos selecionados para a RI foi feita apresentada, como já foi referido, no capítulo anterior, através da elaboração de uma matriz síntese (Anexo IV: Tabela VI- Matriz de Síntese RI), com seis colunas, onde pela seguinte ordem, será apresentado: Título / Autor/ Fonte/Ano Publicação; Amostra/ População; Intervenção; Metodologia; Principais resultados- Unidades de análise; Código.

Para a categorização dos dados, resultantes da análise dos documentos, obtidos nas instituições, que colaboraram no estudo, foi elaborada uma matriz de síntese semelhante à elaborada para os estudos selecionados para a RI. Nesta matriz, formada por 3 colunas, a apresentação fez-se pela seguinte ordem: Título / Autor / Fonte/Ano Publicação; Principais

resultados - Unidades de análise; Código. (Tabela V- Matriz de Síntese: Pesquisa Documental). Por fim, para a categorização dos restantes dados, resultantes das entrevistas, foram elaborados quadros de categorização, para cada uma das categorias emergentes. Expressos na forma de tabela, cada uma delas é composta por quatro colunas, onde perfilam, pela seguinte ordem: as categorias, as subcategorias, as unidades de registo e as unidades de contexto / códigos.

Dada a quantidade e diversidade do material trabalhado e alvo de análise, considerou-se prudente proceder à codificação alfanumérica dos dados recolhidos e tratados. Desta forma, tendo sido atribuído a cada um deles, um código composto por uma letra, de acordo com o tipo de dados e sua fonte (A- estudos da RI; D- documentos da pesquisa documental; E- dados entrevistados) e um número (numerados por ordem crescente), correspondendo à ordem sequencial da aplicação dos diferentes instrumentos.

Na tabela seguinte, podemos observar a designação dos códigos que foram atribuídos aos dados recolhidos e tratados (Tabela I- Designação dos códigos atribuídos aos dados recolhidos e tratados).

Código	Designação
A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10, A11, A12, A13, A14, A15, A16, A15, A18, A19, A20, A21, A22, A23	RI
D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, D11, D12, D13, D14	Pesquisa documental
E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8	Entrevistas

Tabela I- Designação dos códigos atribuídos aos dados recolhidos e tratados

Quer a elaboração das matrizes de síntese, quer dos quadros de categorização de análise de conteúdo, tiveram como objetivo evitar erros durante a análise, centrando-nos no foco da pesquisa. Contêm informações sobre aspetos da investigação, por forma a permitir uma visão geral de dados relacionados a um desempenho de certos pontos, pelo que, constituíram uma ferramenta de interpretação e construção da redação que iremos apresentar.

3.1 - PESQUISA DOCUMENTAL

A pesquisa documental, realizada na instituição suíça, permitiu o acesso a documentos, pelos quais a instituição se rege, refletindo a cultura e clima organizacional que esta pretende instituir, e consequentemente os princípios em que esta se fundamenta. Foi possibilitado ainda, o acesso a documentos que refletem a realidade suíça, no que concerne à temática em estudo. Durante o processo de pesquisa, foram encontrados documentos elaborados quer no sentido de orientar os profissionais de saúde, que ali trabalham, na prestação de cuidados, almejada pelo grupo, ao qual pertence a instituição; quer no sentido de orientar os idosos institucionalizados

e as suas famílias. Estes documentos foram elaborados, considerando as temáticas, que constituem alvo prioritário para o grupo, e que na visão do mesmo, darão resposta às necessidades dos idosos aí institucionalizados. Na lista de documentos encontrados, prefiguram também, documentos redigidos por entidades oficiais da Suíça e da Europa, que constituem, em si, as *guidelines* suíças e europeias, respetivamente. No que se refere à instituição portuguesa, os documentos encontrados, refletem a legislação pela qual esta se rege, sendo a sua elaboração da responsabilidade da Segurança Social.

Os documentos foram selecionados considerando os objetivos e perguntas de investigação do estudo, inicialmente pelo título e numa fase posterior após leitura integral dos mesmos, resultando dessa seleção, 13 documentos para análise, identificados na Tabela III - Pesquisa documental: Estudos (Apêndice III) .

3.1.1 - Categorização dos documentos: Matriz de Síntese

Esta fase correspondeu à fase de elaboração de uma matriz de síntese, onde estão apresentados os principais resultados/ unidades de análise. Dado o número de estudos a incluir nesta matriz, e por conseguinte a extensão da mesma, após o seu preenchimento, esta está apresentada na íntegra em apêndice (Apêndice IV: Tabela V- Matriz de Síntese: Pesquisa Documental).

3.2 - REVISÃO INTEGRATIVA

3.2.1 - Identificação do tema e seleção da questão de partida

Perante o problema, definido já em fase anterior, a institucionalização perante o processo e promoção de um envelhecimento ativo, o estudo do problema definido, irá permitir descobrir a relação entre duas variáveis: a institucionalização e o envelhecimento ativo. Estamos assim, perante um problema de nível dois, em que o envelhecimento ativo surge com a variável dependente. Neste seguimento, constituiu-se então, a seguinte pergunta de pesquisa: ***De que forma a institucionalização do idoso pode influenciar o processo de envelhecimento ativo?***

Definida a questão de partida, pode-se agora definir os descritores ou palavras-chave da estratégia de pesquisa. *Envelhecimento ativo*, *institucionalização* e *idoso* serão os descritores a utilizar na pesquisa nas bases de dados eletrónicas.

A pesquisa foi realizada nas bases de dados científicos, disponibilizadas no portal da OE Portuguesa, quer de acesso livre, quer de acesso reservado. Para a seleção dos artigos, acedeu-se então, à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), pela qual temos acesso às bases de dados

BDENF (Banco de Dados da Enfermagem), *LILACS* (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), *MEDLINE*, *Index Psicologia- Periódicos científicos*, entre outras, e à biblioteca virtual *SCIELO* (Scientific Electronic Library Online), isto no que se refere às bases de dados científicos de acesso livre. No que se refere às bases de dados de acesso reservado, pela EBSCOhost, foi-nos permitido o acesso a bases de dados de produção e investigação científica na área das Ciências da Saúde e das Ciências de Enfermagem, como a *CINAHL®Complete*, *MEDLINE Complete*, *Nursing & Allied Health: Comprehensive Edition*, *Cochrane Database of Systematic Reviews* e a *MedicLatina*.

3.2.2 - Critérios de inclusão e exclusão

De forma a seleccionar os artigos para a presente RI, utilizou-se o método de PICOS, tendo sido definidos os critérios de inclusão e exclusão para a seleção do estudo. (Tabela II- Critérios de inclusão e exclusão seleccionados para o estudo).

Critérios de inclusão		Critérios de exclusão
Participantes	Idoso, Profissional de saúde - Enfermeiro	Idoso não institucionalizado Cuidador informal
Intervenção	Todos os tipos de intervenção	
Resultados	Todos os tipos de intervenção	
Tipos de estudo	Qualitativo e quantitativo	Dissertação; Relatório

Tabela II- Critérios de inclusão e exclusão seleccionados para o estudo

As aplicações destes critérios, durante o processo de busca, permitiram filtrar/refinar os resultados, afinando-os.

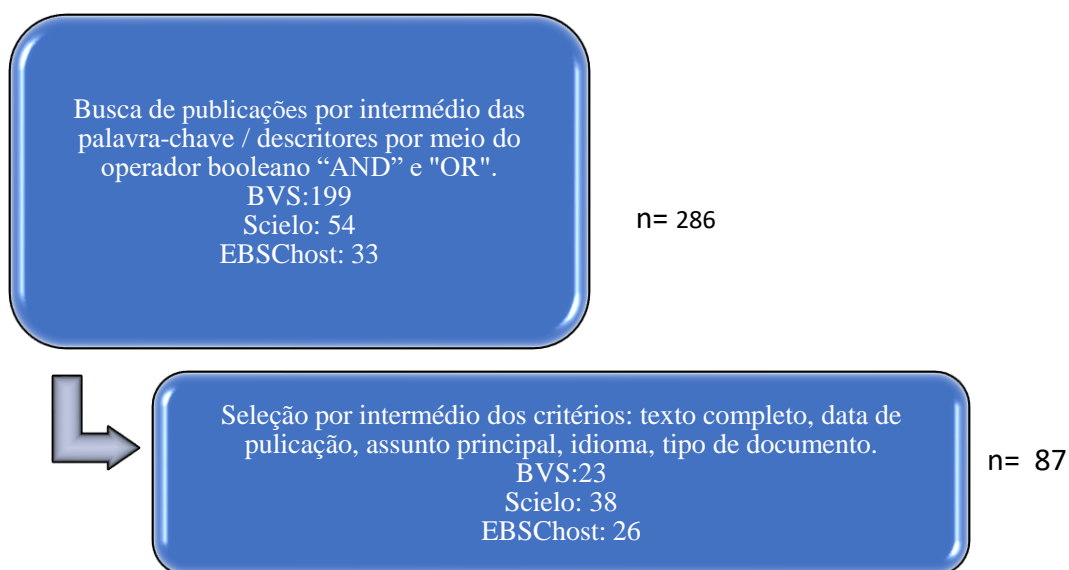


Figura III- Fluxograma do caminho metodológico para os resultados (1ª Parte)

3.2.3 - Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados

Nesta fase, prosseguiu-se com a leitura e seleção de artigos, pela seguinte ordem: título, resumo e texto integral, de forma a continuar a afunilar/ refinar os resultados, sendo o resultado final o número de artigos a considerar para a presente RI.

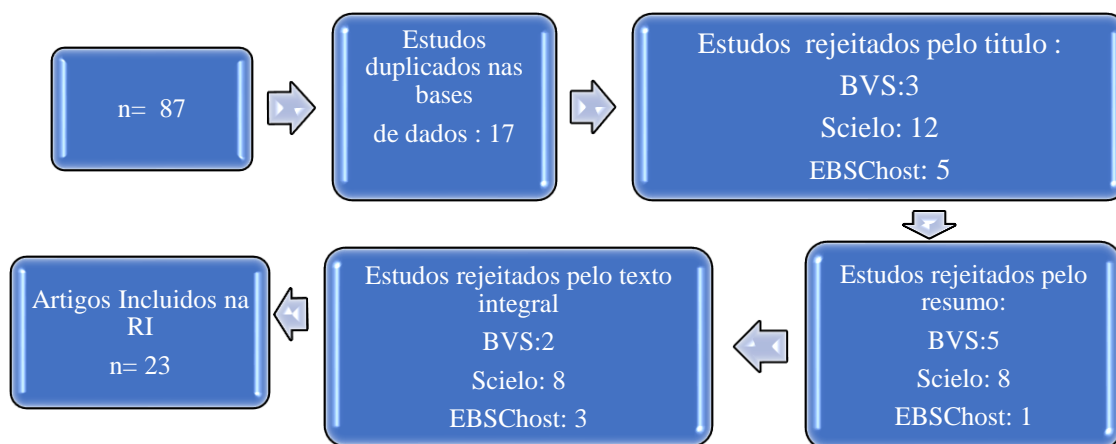


Figura IV - Fluxograma do caminho metodológico para os resultados (continuação)

Os estudos selecionados para a RI, no total 23 (n) , bem como a respetiva biblioteca virtual e base de dados, onde estes foram encontrados, constam em apêndice (Apêndice III: Tabela IV- Estudos Selecionados para a RI). Os artigos encontram-se numerados de acordo com a ordem da pesquisa e da ordem porque surgiram.

3.2.4 - Categorização dos estudos selecionados: matriz de síntese

Esta fase corresponde à fase de elaboração da matriz de síntese da RI, onde serão apresentados os principais resultados/ unidades de análise, bem como os dados que permitem identificar cada um dos estudos selecionados em fase anterior. Dado o número de estudos a incluir nesta matriz, e, por conseguinte, a extensão da mesma, após o seu preenchimento, esta será apresentada na íntegra em apêndice (Apêndice IV: Tabela VI- Matriz de Síntese RI).

PARTE III – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a redução dos dados e sua apresentação, é chegada a fase em que se procede à interpretação dos resultados, onde considerando os objetivos de investigação, se procurou reconstruir os dados analisados como um todo estruturado e significativo, explicitando quais os produtos de investigação e qual a interpretação que se faz dos mesmos.

A análise e interpretação dos dados, realizou-se tendo por base as categorias e as unidades de análise que, constam nas matrizes de síntese, da RI e da pesquisa documental, e nos quadros de categorização elaborados, que se encontram relacionadas com os conceitos abordados na revisão da literatura, que originou a grelha teórica do estudo. Tal, permitiu confrontar os dados obtidos com as concepções teóricas apresentadas, almejando dar resposta às questões de investigação levantadas, e, por conseguinte, à questão de partida, fio condutor do presente estudo.

1. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS

1.1 - ANÁLISE DOCUMENTAL

Identificados os temas, Envelhecimento e Institucionalização da pessoa Idosa, foram definidas as categorias, para cada um deles, de acordo grelha teórica do estudo (Apêndice II), para as quais, através da análise dos dados recolhidos, resultaram as respetivas dimensões, apresentadas em seguida, inicialmente para a pesquisa documental e de seguida para a RI.

Assim, da análise e interpretação dos dados, provenientes da pesquisa documental, no que se refere à categoria – Conceito de Envelhecimento Ativo, resultaram as dimensões *concepção de envelhecimento ativo e como envelhecer ativamente*. Direcionando-nos para a categoria, Representações da institucionalização e do idoso institucionalizado, obtiveram-se como dimensões: *objetivos e princípios de atuação da estrutura residencial e direitos da pessoa institucionalizada*. Atendendo à categoria – Promoção de um envelhecimento ativo no contexto da institucionalização, emergiram as dimensões *meios disponíveis e medidas a implementar*. No que se refere à categoria - O profissional de enfermagem na promoção do envelhecimento ativo, junto ao idoso institucionalizado, obtivemos como dimensão o *papel do enfermeiro*.

No que concerne à RI, da análise e interpretação dos dados daí resultantes, no que se refere à categoria – Conceito de Envelhecimento Ativo, emergiram as dimensões *concepção de envelhecimento ativo e como envelhecer ativamente*. De acordo com a categoria, Representações da institucionalização e do idoso institucionalizado, foi possível identificar quatro dimensões: *fatores que conduzem à institucionalização do idoso, perfil do idoso institucionalizado, consequências da institucionalização na vida da pessoa idosa e influência do clima e cultura organizacional*. Atendendo à categoria – Promoção de um envelhecimento ativo no contexto da institucionalização, resultaram as dimensões *práticas para a promoção de um envelhecimento ativo e meios a mobilizar*. Por fim, direcionando-nos para a categoria - Os profissionais de enfermagem na promoção de um envelhecimento ativo, junto ao idoso institucionalizado, emergiram as dimensões *papel do enfermeiro na promoção e processo de envelhecimento ativo e limitações à atuação do profissional de enfermagem*.

1.2 - ANÁLISE DE CONTEÚDO ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS: ELABORAÇÃO DOS QUADROS DE CATEGORIZAÇÃO DAS RESPOSTAS

Para cada uma das categorias identificadas, de acordo com a grelha teórica do estudo, foi elaborado um quadro de categorização (Apêndice V), onde as unidades de registo selecionadas, permitiram estabelecer relação com as subcategorias criadas, e desta forma dar resposta às perguntas de investigação relacionadas com cada uma dessas mesmas subcategorias. As dimensões, nesta fase de recolha de dados, surgiram dos dados, que o pesquisador procurou obter com a realização das entrevistas.

Neste seguimento, e de acordo com os quadros de categorização que constam no Apêndice V, para categoria conceito de Envelhecimento ativo, emergiram as dimensões *concepção de envelhecimento ativo*, pelos profissionais de enfermagem e *significados atribuídos*, pelos profissionais de enfermagem, ao processo de envelhecimento ativo. Para a categoria - Representações da institucionalização e do idoso institucionalizado, surgiu a dimensão: *fatores que influenciam a conotação atribuída pelo idoso à institucionalização*. No que se refere à categoria - Promoção de um Envelhecimento Ativo no contexto da Institucionalização, identificaram-se como dimensões: *práticas para uma institucionalização bem-sucedida, medidas a implementar, meios disponíveis e influência do clima e cultura organizacional*. Atendendo à categoria o profissional de enfermagem na promoção de um envelhecimento ativo, junto ao idoso institucionalizado, emergiram três dimensões: *caracterizar o papel do*

enfermeiro, importância da relação estabelecida profissional de enfermagem - idoso e Dificuldades sentidas/ Limitações ao desempenho do profissional de enfermagem.

1.3 - DIMENSÕES EMERGENTES DO CRUZAMENTO DE DADOS

Os dados obtidos, possibilitaram, para além de aferir que a definição de envelhecimento ativo, que foi sendo encontrada, está de acordo com o preconizado, pela OMS, para o conceito de envelhecimento ativo, perceber como envelhecer ativamente e quais os significados atribuídos ao envelhecer ativamente. No que concerne às representações da institucionalização e do idoso institucionalizado, os dados recolhidos permitiram-nos identificar as principais razões, que conduzem o idoso à institucionalização, bem como, os fatores que influenciam a imagem que este cria da mesma. Entre eles, destacam-se as regras institucionais, o afastamento familiar e abertura ao exterior, por parte das instituições. Para além disso, surgiram dados que permitem caracterizar o idoso institucionalizado, quanto ao seu perfil.

Relativamente à promoção de um envelhecimento ativo, no contexto da institucionalização e do papel do enfermeiro, nesse âmbito, os dados obtidos permitiram identificar alguns dos meios que as instituições e os enfermeiros ao seu serviço dispõem, bem como medidas, consideradas primordiais, para caminhar no sentido da promoção de um envelhecimento ativo. O papel do enfermeiro é considerado como fundamental, sendo alvo de destaque. A interpretação dos dados, permitiu ainda, aferir dificuldades sentidas por parte do profissional de enfermagem e que condicionam a sua atuação profissional, dos quais se destacam o fator tempo, falta de conhecimentos/ formação adequada, bem como a necessidade de estruturas adequadas às necessidades e a existência de uma equipa multidisciplinar. A inevitabilidade da influência do clima e cultura organizacional é ponto transversal, a todas as fontes de dados consideradas para este estudo.

Do cruzamento de dados, considerando o referido e dada a sua riqueza de conteúdo, emergiram as seguintes dimensões: *conceito de envelhecimento ativo, como envelhecer ativamente, fatores que conduzem à institucionalização do idoso, perfil do idoso institucionalizado, conotação atribuída pelo idoso à institucionalização, papel do enfermeiro na promoção e processo de envelhecimento ativo, meios disponíveis: projetos desenvolvidos e/ou a desenvolver, dificuldades sentidas: limitações à atuação do profissional de enfermagem e medidas a implementar no sentido de possibilitar a promoção de um envelhecimento ativo.* Estas serão as dimensões a considerar para na análise e discussão dos resultados, constituindo-se como títulos desse mesmo capítulo.

1.4 - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

Para além de identificadas e apresentadas, as dimensões resultantes da análise de dados, provenientes da entrevista, interessou também, analisar os dados recolhidos que nos permitiram caracterizar a amostra (Apêndice VI: Tabela XI - Tabela de caracterização sócio demográfica da amostra). Essa análise poderá ser reveladora, no que concerne, ao entendimento das respostas dadas por parte dos participantes. Os dados recolhidos permitiram-nos caracterizar a amostra quanto ao género, idade, nacionalidade, habilitações literárias e profissionais, tempo de serviço, tempo de trabalho com os idosos no contexto da institucionalização e funções desempenhadas.

Do total de 8 enfermeiros, 7 são mulheres, representando 83% da amostra, sendo a equipa de enfermagem, da instituição suíça, exclusivamente feminina. O único elemento masculino, pertence à equipa de enfermagem da instituição portuguesa. A equipa de enfermagem mais jovem, é a da instituição portuguesa, com idades compreendidas entre os 25 e os 51 anos. Já o enfermeiro mais novo, da instituição suíça, considerando a amostra, tem 38 anos de idade, enquanto o mais velho tem 60 anos. As restantes 3 enfermeiras, têm idades compreendidas entre os 40 e 53 anos de idade. Na instituição portuguesa, não se verificam discrepâncias no que se refere à nacionalidade, sendo todos de nacionalidade portuguesa. Já na instituição suíça, das 5 enfermeiras que participaram no estudo, 3 são suíças, 1 enfermeira é de nacionalidade austríaca e 1 é eslovaca.

Os enfermeiros da instituição portuguesa, para além da formação de base, correspondente ao curso de enfermagem, continuaram a apostar na sua formação, constando do currículo de 2 deles, uma pós-graduação e do currículo do terceiro enfermeiro, um mestrado e especialidade. Na instituição suíça, uma das enfermeiras, possui o nível mais básico exigido neste país para que se possa atuar na prestação de cuidados de saúde- FaGe. Esta é a terceira formação mais popular escolhida pelos adolescentes suíços, a de enfermagem de nível básico, que pode servir de base para uma formação de enfermagem de nível superior- HF. Das restantes 3 enfermeiras, 2 possuem o que equivale à licenciatura de Enfermagem, nos parâmetros atuais em Portugal, respeitando as normas e sendo reconhecido pela União Europeia e uma o nível académico, considerado mais elevado na Suíça, para a curso de enfermagem. Dessas cinco enfermeiras, três detêm no seu currículo uma pós-graduação, duas das quais ocupam cargos de chefia, a nível da instituição, ao qual pertence o PG, continuando a trabalhar de forma ativa na prestação de cuidados ao idoso.

No que concerne ao tempo de serviço, este varia entre os 3 e os 30 anos. Na instituição Suíça, as enfermeiras, com exceção de uma, já desenvolvem a sua atividade profissional há

mais de 20 anos, na instituição portuguesa, apenas se verifica com um dos enfermeiros, facto que se relaciona com a idade dos mesmos. Já o tempo de trabalho com idosos, no contexto da institucionalização, varia entre os 3 e os 22 anos. Do total de 8 enfermeiros, 5 trabalham há mais de 10 anos com idosos institucionalizados. Três dos enfermeiros, desenvolveram a sua atividade exclusivamente no contexto de institucionalização do idoso, um deles em 20 anos de serviço, apenas 2 não foram desenvolvidos junto ao idoso institucionalizado. A enfermeira que conta 32 anos de serviço, apenas há 12 trabalha com idosos.

2. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS RESULTANTES DE ACORDO COM A CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS E DIMENSÕES EMERGENTES

Do cruzamento de dados, tratados separadamente, em fase anterior, consoante o instrumento de colheita de dados, do qual são provenientes, surgiram as dimensões, que dão nome aos subtítulos que integram o presente capítulo. As dimensões encontradas, constituem o fio condutor da análise e discussão de resultados obtidos. É nesta fase, de interpretação dos dados, pela comparação e avaliação crítica dos dados, que são levantadas lacunas de conhecimento e nos serão apontados eventuais novos caminhos. Em suma, é pela análise e discussão de resultados obtidos, que se constituirá a síntese de conhecimento, deste estudo.

2.1 - ENVELHECIMENTO ATIVO

2.1.1 - Conceito de envelhecimento ativo

O conceito de envelhecimento ativo, mesmo que apresentado por diversos autores, com diferentes perspectivas, em contextos distintos, assenta no preconizado pela OMS. Este conceito é repetidamente apresentado como um processo de otimização de oportunidades de saúde, participação e segurança, objetivando a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem^{A2, A6, D5, D4}. Adotar e pôr em prática tais premissas, impõe-nos o distanciar de estereótipos negativos associados ao envelhecimento, aos mais idosos, encaminhando-nos no sentido de um envelhecimento percebido positivamente^{D4, A2}. Objetiva-se dar um status positivo à velhice^{A2}, cientes, porém, que o envelhecimento abarca consigo todo um conjunto de modificações morfológicas, fisiológicas, e bioquímicas, resultando na perda progressiva da capacidade de adaptação, na diminuição da capacidade funcional^{A1, A2, A4}. E ainda que conscientes destas inevitabilidades, a adoção do termo envelhecimento ativo, tal como preconizado pela OMS, permitirá vivenciar uma velhice que não se caracterize, tão e somente, pela presença doença, dependência e perdas^{A2, A3}. Este novo paradigma, que surgiu e se destaca na atualidade, pela necessidade de dar resposta ao número, cada vez maior, de pessoas mais velhas na sociedade, ou seja, à tendência para o crescimento da população idosa, que se aplica

à maioria dos países industrializados ^{A1, D3}, sugere-nos uma ampliação de horizontes e oportunidades, assente na tríade saúde, segurança e participação. O foco deixa de estar restrito, à dimensão biológica ou psicológica (saúde física e mental), deslocando e ampliando o alvo para aspetos ambientais, agregando-se o bem-estar físico, social e mental ^{A1, A2, A3, A4, A6}.

Tornar tangível todo este processo, implica perceber a pessoa idosa como um todo, perceber a capacidade de esta se adaptar às mudanças inerentes ao envelhecimento, capaz de continuar a desenvolver as suas potencialidades, encontrando o equilíbrio biopsicossocial ^{A4}. Na prática, a adoção deste conceito é um alerta, uma chamada à responsabilidade individual e coletiva, para a necessidade emergente de reconhecimento dos direitos humanos dos idosos e princípios de independência das Nações Unidas, como inclusão social, dignidade de cuidados e realização pessoal ^{A4}. Assumido como uma estratégia política fundamental em toda a Europa, e muitos outros países, o envelhecimento ativo, configurou-se na palavra de ordem do novo milénio ^{A2}, sendo já perceptível na política social de países como a Suíça ^{D2} e Portugal. No caso concreto deste último, está em curso a implementação da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável, que considera ser da “maior urgência que as diversas entidades incorporem nas políticas, legislação, programas e projetos, em planeamento ou em curso, as medidas e ações aqui propostas.” Também a ENEAS “assume os valores e princípios das Nações Unidas para as pessoas idosas com destaque para a independência, participação, assistência, autorrealização e dignidade.” (SNS, 2017).

A abrangência da sua definição e o significado do todo que esta incorpora, torna-o tão apetecível de ser adotado como complexo, nomeadamente, no que concerne à sua aplicação e viabilidade, em termos práticos. Podemos aferir, que o conceito de envelhecimento ativo representa a conquista do envelhecimento como uma experiência positiva, de uma vida mais longa, que deve ser acompanhada de oportunidades contínuas para manter uma boa saúde, participar ativamente na vida social e manter a segurança ^{D4}, não devendo por isso cingir-se à capacidade de estar fisicamente ativo, sendo, e sendo por isso, necessário levar em linha de conta, não só os aspetos objetivos, como também os subjetivos, permitindo à pessoa que envelhece, manter o devido equilíbrio e envolvimento entre as várias dimensões.

Esta aparente aplicabilidade, a todos e a cada um de nós, parece dar espaço à subjetividade, no entanto, os floreios das definições, não lhes conferem, por si só, o sucesso almejado, aquando da passagem da teoria para a prática. A definição para o termo envelhecimento ativo não é, nem será, exceção à regra. O termo envelhecimento ativo, tal como nos é apresentado, tem tanto de sedutor, como pode ter de redutor, se considerarmos que, conceitos como

autonomia, independência, indispensáveis à tão desejada qualidade de vida, quando engajados por uma política de envelhecimento ativo, subsidiada por políticas sociais baseadas exclusivamente na idade biológica, que não questiona o funcionamento de uma máquina capitalista e os dispositivos de poder de subjetivação, tornam-se de alcance limitado para uma grande maioria das pessoas, dado o seu carácter discriminatório e contraproducente ^{A1, D4}.

A sua incontestável abrangência, e a não menos inegável complexidade, inerente ao termo envelhecimento ativo, torna necessária uma reconceptualização, um olhar mais atento, que permita a aplicação ajustada deste termo, ao longo de todo o ciclo de vida, e em especial aos mais idosos. É preciso perceber, e considerando que o termo envelhecimento ativo, foi adotado, a fim de tornar tangível uma visão positiva do envelhecimento, em que uma vida mais longa deve ser acompanhada de oportunidades de saúde, participação e segurança, se essas mesmas oportunidades estão ao alcance de todos e de que forma. Se estão reunidos os esforços e meios necessários para que haja equidade na distribuição das mesmas. Promover a saúde, numa fase, em que a diferença se supõe maiores, do que em qualquer outra fase da vida, exige ter em conta a heterogeneidade dos idosos ^{D3}, se o pretendido for o atingir da meta equidade em saúde. Quando chegados aqui, estará garantindo à pessoa idosa dignidade pessoal e capacidade de participação social, referenciada nos vários artigos, integrados no estudo.

Julgamos, ser de facto necessário, um esforço conjunto, o assumir de um compromisso, assente no redireccionar o enfoque das políticas, que até aqui, parecem não estar isentas de contradições ^{D5}, e na reconstrução das representações em torno do envelhecimento, que nos permitam, não uma visão redutora, mas sim mais compreensiva do processo de envelhecimento. Devemos ser capazes de abordar questões de saúde, pobreza e velhice com a coerência, que lhe é devida e de forma mais coordenada ^{D5}. A viabilidade e o sucesso da adoção do termo envelhecimento ativo, tal como preconizado, como solução para os desafios inerentes, ao fenómeno do envelhecimento, está dependente da aplicação de medidas de carácter preventivo, ao longo de todo o ciclo de vida. Este é um dos princípios assumidos pela ENEAS, ao referir que a “continuidade do desenvolvimento de políticas transversais e de estratégias de atuação multidisciplinares, flexíveis e de proximidade, que permitam que todas as pessoas idosas possam desfrutar de uma vida ativa e saudável, é um imperativo ético.” (SNS, 2017).

A conceção de envelhecimento ativo, apresentada pelos enfermeiros participantes no estudo, remetem para essa mesma abrangência. Considera-se por envelhecimento ativo *tudo o que envolve o idoso* ^{E1}, permitindo-lhe *manter as suas capacidades, ser autónomo e participar ativamente nas diversas atividades* ^{E2, E7}. Percebe-se que o grau de complexidade da resposta e

concordância da mesma, com o preconizado pela OMS, é maior, quando dada pelos profissionais com mais habilitações profissionais. Estes referem que envelhecer é um processo que este abarca conceitos como *diversidade, natural*, em que o princípio básico deve ser a *promoção do bem-estar físico, psicológico e social*, sendo para tal necessário encarar o *envelhecimento de forma positiva*, permitindo ao idoso *participar ativamente, engajar-se social, política e economicamente*, garantindo a sua *segurança pessoal*^{E3, E4, E8}. Realçando-se o facto de se estar a *promover o bem-estar físico e psicológico de pessoas individuais*^{E5}, *considerando a pessoa idosa no seu todo*^{E1}. O preservar e manter a independência do idoso, tanto quanto possível, e a sua participação ativa na sociedade, está inerente ao discurso dos oito enfermeiros entrevistados.

2.1.2 - Como envelhecer ativamente

Refletir e perceber, de que forma é concebível envelhecer ativamente e quais os fatores que podem contribuir para tal, exige uma pré consciencialização, de que o envelhecimento é um processo natural e complexo, resultante da interação diversos fatores, nomeadamente genéticos, sociais e culturais^{A1, A3}. O processo de envelhecimento, a forma como cada um vivência a sua velhice, caracterizam-se pela sua própria biografia e características pessoais. As pessoas não vivem todas da mesma forma, experienciam realidades distintas, pelo que envelhecem de forma diferente^{D3}. Esta diversidade, torna não só o envelhecimento, como também a idade, difíceis de serem padronizados^{D3}.

Se por um lado, não se deverá encarar e tratar o envelhecimento como uma doença, sobrevalorizando sinais e sintomas, muitas vezes, facilmente explicados pela senescência; por outro, não se deverão considerar todas as alterações, que ocorrem com a pessoa idosa, como inerentes ao seu processo natural de envelhecimento^{A3}. Esta dualidade saúde-doença, assume uma outra perspetiva na velhice, em que saúde, não é tão e somente, sinónimo de ausência de doença^{D3}. Embora o declínio físico e cognitivo, inerentes ao envelhecimento^{A, A4, D3}, afetem a saúde, carteiristas como bem-estar subjetivo, satisfação com a vida, para a qual, contribuem o manejo bem-sucedido de desafios sociais, físicos e emocionais, assumem-se como componentes determinantes da mesma^{D3}. Cada pessoa constrói e é detentora de um percurso individual e singular, reflexo das experiências pelas quais é acometido ao longo do ciclo de vida. A pessoa idosa, deve ser assim, considerada o primeiro recurso na promoção da sua própria saúde e consequentemente na construção do seu processo de envelhecimento ativo. É necessário perceber que cada pessoa, ser individual e único, se comporta de acordo com as suas

crenças e valores, delineando os seus objetivos de vida, de acordo com as suas ambições e desejos individuais. Na atualidade, esta é a característica fundamental do envelhecimento, a diferença cada vez mais vincada, visível entre pessoas da mesma idade^{D2}.

O idoso, à semelhança de qualquer outra pessoa, independentemente da fase do ciclo de vida em que se encontra, deve ser considerado o maior interveniente em todas as etapas de cuidados, que na procura ininterrupta de atingir melhores níveis de saúde, idealiza o seu próprio projeto de saúde. Envelhecer ativamente, pode e deve estar ao alcance de todos, sendo para tal fundamental reunir esforços, que contribuam para o minimizar de situações de vulnerabilidade dos mais idosos^{A3, A6}.

Os estudos apontam para a necessidade de uma rede de apoio e familiar ou comunitária, que estimule a pessoa idosa, a conhecer novos ambientes, adotar novos hábitos, despertando-lhe novos interesses, permitindo-lhe descobrir novas habilidades; considera-se, que o primeiro passo para atingir um envelhecimento ativo, será manter o idoso funcionalmente independente^{A4, A3}. Para tal, será necessário mobilizar os recursos existentes, que permitam ao idoso continuar um processo de desenvolvimento, numa perspetiva de aprender a aprender, estimulando o pensar, o fazer, o dar, o trocar, o reformular^{A1}. Falamos de uma ampliação de oportunidades, ideia patente em todos os documentos alvo de análise, por meios de programas que fomentem a aprendizagem em todas as idades.

Envelhecer ativamente, pressupõe um esforço e investimento sobre si mesmo, em que nos assumimos gestores, empresários e empreendedores de nós mesmos, independentemente da idade e como tal, requer de cada um de nós, enquanto cidadãos ativos, comprometimento e engajamento, no que concerne à adoção de comportamentos saudáveis^{A2, A5}. Desta forma, numa sociedade de riscos, os indivíduos ativos que assumem o compromisso, consigo mesmos, de envelhecer ativamente, são pessoas prudentes, capazes de fazer escolhas, em que a sua maneira de pensar e consequentemente de atuar, irão determinar o seu grau de vulnerabilidade e os fatores de risco a que estão sujeitos^{A5, A6}. O idoso, em particular, terá que passar a ser visto como um sujeito ativo dentro da comunidade a que pertence, a todos os níveis, capaz de partilhar saberes, permitindo-lhe desenvolver atividades que lhes proporcionem satisfação e lhe confirmem sentido de pertença na sociedade.

Os vários autores, mais ou menos reticentes em relação às atuais políticas de envelhecimento ativo, são unânimes em considerar que a adaptação ao processo envelhecimento, passa por manter o idoso ativo. O estar ativo implica, na perspetiva dos mesmos, uma participação contínua na vida social, económica, cultural, espiritual e cívica, o

que vai muito para além do idoso se manter física e profissionalmente ativo. O ser velho, mais que da idade, depende da cabeça e do comportamento assumido por cada pessoa^{A8}. O envelhecimento, é agora, mais do que nunca um processo dinâmico, caracterizando-se não só por perdas, mas também por novas possibilidades^{D2}, em que a qualidade de vida, à medida que se envelhece, será determinada pela capacidade do idoso, em manter a sua autonomia e independência^{D3}.

Envelhecer ativamente, pressupõe então, uma clara responsabilidade individual, não devendo, no entanto, descurar-se a responsabilidade coletiva, em todo esse processo. O desafio deve ser assumido de forma coletiva e individual, sendo da responsabilidade de todos a incumbência de desenvolver ações direcionadas para um envelhecimento ativo e saudável^{A6, D2}. Neste sentido, enfatiza-se a necessidade de intervenções educativas, atividades contextualizadas, que para tal, devem considerar o modo de pensar e viver dos idosos, promovendo a sua participação ativa em atividades baseadas nas suas necessidades. Apostar na educação na terceira idade, irá ajudar o idoso adaptar-se e ajustar-se às alterações, características desta nova etapa da vida^{A1}. Esta aposta reveste-se de suma importância, se considerarmos, que quanto maior for a sua capacidade de adaptação, maior será a probabilidade de vivenciar um envelhecimento bem-sucedido. O processo de envelhecer com qualidade de vida irá depender da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio em que vive. Quando direcionados para a pessoa idosa, ajudá-los nesse processo de adaptação, em suma, promover o seu envelhecimento ativo, exige um trabalho conjunto com os idosos. Estes precisam de se sentir e serem estimulados, para que continuem a desenvolver as suas potencialidades individuais e estabelecer estratégias de enfrentamento, para os desafios impostos pela vida diária, de acordo com as suas capacidades, histórias de vida e experiências individuais^{A6}.

Os enfermeiros comungam da necessidade do *sentido de pertença e participação na sociedade*, na sua *comunidade*, para um envelhecer ativo. Consideram que envelhecer ativamente *é estar inserido na comunidade, participando em todas as atividades*^{E2, E3}, sendo que um dos enfermeiros é perentório ao afirmar que, daqui a uns anos, *não irá conseguir manter a mesma participação ativa na sociedade*^{E2}. Salientando no entanto, que para si, será essencial sentir-se *parte integrante e ativa na vida da sua família* “os meus filhos e os meus netos, também me pedirem opinião, deixarem-me participar ativamente na vida deles”^{E1}. O *manter o contacto familiar, com os parentes*^{E4}, foi referenciado por um outro enfermeiro, quando questionado do significado atribuído ao que considera envelhecer ativamente.

O significado atribuído ao envelhecer ativamente, pelos enfermeiros, pressupõe o viver *autodeterminado*^{E4, E8}, com *autonomia*^{E2, E7}, *mantendo a saúde e qualidade de vida*^{E6}. Um dos enfermeiros realça “*pelo maior tempo possível*”^{E8}, considerando que com o avançar da idade, tal *poderá não ser possível sem o apoio de outras pessoas*, mas que com um apoio “*adaptado à situação individual*”, a *autodeterminação irá permanecer o máximo possível*^{E8}. Tal remete-nos para a opinião do único elemento masculino, entre os participantes, que considera necessário “*criar meios que facilitem esse mesmo processo de envelhecimento ativo*”, e para o facto de envelhecer ativamente *implicar um esforço conjunto*, onde somos chamados à já referida *responsabilidade individual e coletiva*^{E3}.

Objetivar envelhecer ativamente, passa desta forma, por uma participação ativa na sociedade, mantendo o vínculo familiar, em que a autodeterminação, autonomia, independência, em suma envelhecer com qualidade de vida, tal como preconizado pela OMS, se assumem como conceitos fundamentais.

2.2 - INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA

2.2.1 - Fatores que conduzem à institucionalização do idoso

O aumento da longevidade e consequentemente o aumento da população idosa, assim como a redução da natalidade e da população jovem, são dois dos aspetos que caracterizam as profundas transformações demográficas que se tem vindo a registar, não só em Portugal, como também em muitos outros países da Europa. Esta mudança, a nível nacional e internacional, nomeadamente no perfil demográfico e epidemiológico, determinou consideravelmente, o aumento da procura das instituições de longa permanência para idosos e a necessidade da oferta deste tipo de serviços^{A12}.

Para além dos fatores demográficos, os fatores sociais, familiares e de saúde, constituem as principais causas para a institucionalização dos idosos, destacando-se a idade avançada e necessidade crescente de cuidados, por parte do idoso, problemas físicos e mentais, problemas financeiros e falta de espaço^{A15}. Entre outros fatores que conduzem à institucionalização, prefiguram também, vínculos familiares fragilizados, solidão, falecimento do cônjuge, a autoperceção do idoso de que a sua capacidade e desempenho funcional se encontram comprometidos, e o facto de o idoso ter sido vítima de algum tipo de violência, seja por parte da família, seja por parte da sociedade^{A12, A26}. Curiosamente uma forma comum de violência contra os idosos é cometida por familiares e funcionários das instituições que lhes prestam cuidados^{D4}. Registam-se casos de idosos institucionalizados, contra a sua própria vontade^{A14},

já aqueles que aparentemente o fizeram por opção própria, referem que entre os motivos que justificaram a sua decisão, está a perda de autonomia e/ou independência, o surgimento de doenças e a falta de companhia e cuidados ^{A16}.

Embora uma grande maioria dos idosos, que necessitam de cuidados, ainda continuar a preferir o apoio domiciliário ^{D4}, há indício da espontaneidade para a institucionalização, o que leva a pressupor o surgimento de uma nova categoria de idosos, predispostos a enfrentar novos desafios, como os que encerram todo o processo de institucionalização ^{A12}. Ainda assim, a escolha do novo local para viver, recai, tal como seria esperado, na instituição, que mais que um abrigo, se aproxime do idealizado pelo idoso como lar ^{A22}.

2.2.2 - Perfil do idoso institucionalizado

É na velhice que se espera, por parte daqueles, que durante muitos anos foram alvo e requereram a atenção do idoso, receber apoio e dedicação ^{A6}. Este apoio emocional é fulcral, em todo um processo de adaptação às perdas e limitações, decorrentes da idade ^{A8}. A não correspondência a esta expectativa, faz despoletar, no idoso, sentimentos como medo, insegurança e sensação de abandono ^{A6}, sentimentos que tendem a aumentar, perante a realidade da institucionalização. As transformações que esta acarreta, como o já referido distanciamento dos familiares e amigos, a perda de autonomia, privacidade e individualidade, contribuem para o agravamento do estado de saúde atual do idoso, bem como acarretar problemas de cariz social ^{A13, A14}.

O sentimento de exclusão e o sofrimento causado pela sensação de abandono, pela aflição de serem esquecidos e desamparados, quer pela família, quer pela sociedade, gera desespero e insegurança, desencadeando quadros de depressão profunda ^{A23}. Quando institucionalizado, o idoso revela uma baixa motivação, para desenvolver amizades com os restantes idosos residentes, apresentando ele próprio, que se sente excluído, atitudes preconceituosas e rejeitadoras, em relação aos demais ^{A11}. Estudos analisados e que conduziram ao levantamento da necessidade de realização da presente investigação, já tinham alertado para o facto de o idoso institucionalizado poder ser depressivo. Verifica-se, “a maior prevalência de sintomas de depressão naqueles que se encontram institucionalizados”, (Frade et al., 2014:47), sendo que em Portugal, a nível de idosos na comunidade a percentagem ronda os 14 %, enquanto nos idosos institucionalizados a percentagem pode ir dos 25% aos 73%. (Martins, 2006). O isolamento e dificuldades quer nas relações pessoais, quer de comunicação, são fatores

preponderantes, no que concerne à sua contribuição para o despoletar de transtornos psiquiátricos ^{A10}.

Nesta fase da vida, o idoso vê-se envolvido num complexo e grandioso processo de transformação. A institucionalização, ao surgir na vida idoso no decorrer deste processo, na maioria das vezes, de forma inevitável, pode tornar-se uma experiência verdadeiramente angustiante. O idoso vê na institucionalização uma ameaça à sua autonomia, sente-se invadido na sua privacidade. A “partilha do corpo” do idoso com os profissionais de saúde, seja pela necessidade de prestar cuidados de higiene corporal, seja pela necessidade, de prestar qualquer outro tipo de cuidados de saúde, que impliquem essa mesma partilha, é um dos aspetos que mais contribui para esse sentimento de invasão e dependência. Um dos estudos faz referência direta à intimidade, atividade reservada, para a qual o idoso precisa de liberdade e autonomia de exercício, o que quando institucionalizado, pode impedir a sua liberdade de se expressar, pelo que o idoso tende a resguardar-se e não demonstrar os seus sentimentos ^{A21}.

No momento da admissão, inicia-se uma série de rebaixamentos, degradações e humilhações, em suma, uma profanação do eu, que embora, nem sempre de forma intencional, é constantemente mortificado ^{A16, A22}. O idoso institucionalizado tende a sentir-se impotente, isolado, excluído e abandonado, o que lhe confere maior fragilidade, sendo afetada a sua dignidade e autoestima, bem como o seu estado emocional ^{A15}. Experimentam-se transformações decorrentes da perda de identidade, autonomia e confiança, que vão intensificar o sentimento de solidão e dependência ^{A21}. A convivência com o desconhecido e desconhecidos, bem como com a dependência de outras pessoas, que para o idoso podem soar como pronúncio e espelho do seu futuro, aumenta o repúdio por estarem naquela situação, trazendo consigo o sentimento de revolta ^{A12}. Tudo isto, levanta no idoso a necessidade de uma reconfiguração identitária. É nesta (re)negociação da identidade que a pessoa idosa reformula objetivos e projetos de vida de forma a dar resposta e adaptar-se às suas necessidades. Cada idoso vivencia, percebe e significa quem ele é e como se constrói, de forma diferente, vivendo esta nova realidade em construção permanente, para a qual necessita do que já foi e é, para poder ser ^{A16}.

O perfil do idoso institucionalizado, não será, com toda a certeza, igual ao perfil que o definia antes de passar por todo esse processo, vendo-se a braços com uma reconstrução de papéis limitada a uma realidade social de dimensão reduzida ^{A16}, em ambiente desconhecido.

2.2.3 - Conotação atribuída à institucionalização

A institucionalização, como rede de apoio ao idoso e suas famílias, assume cada vez mais destaque nas sociedades contemporâneas, pelo que interessa desmistificar o significado e conotação que lhe é atribuída, por vezes menos positiva.

O romper de relações sociais, a quebra de contacto com o exterior, influenciam de forma preponderante a conotação que o idoso atribui à institucionalização, o que se reflete e explica pelo numero considerável de idosos, que depois de institucionalizados deixa de receber visitas^{A11}. A institucionalização, é vista como causa de rutura do convívio continuo com o seu núcleo familiar, e como tal, é facilmente associada ao isolamento, inatividade física e mental, com consequente diminuição da qualidade de vida^{A14, A15}. As instituições de longa permanência para idosos, aparecem frequentemente associadas aos conceitos de solidão, conformismo e abandono^{A15}, conceitos que contrastam, com aqueles que têm vindo a ser enumerados, como característicos e fundamentais, a um envelhecimento bem-sucedido, como participação e segurança. Entre os fatores enumerados pelos enfermeiros, como considerados determinantes para a conotação atribuída à institucionalização, destacam-se *“eles olharem para isto como uma prisão, (...) vai haver ali um corte (...) muitos que entram aqui nunca mais voltam a ver as suas famílias, que é mesmo assim”*^{E1}. Um dos enfermeiros, neste caso da instituição portuguesa, refere que apesar da abertura das instituições para o exterior, estar a acontecer recentemente e já haver uma *“abertura acentuada”*, o *afastamento do idoso do seu domicílio*, e consequentemente, *do seu grupo se pessoas significativas*, confere por si só uma visão negativa à institucionalização^{E3}. Duas das enfermeiras, da instituição portuguesa^{E1, E2}, referem que as *regras instituídas* são o que os idosos mais referenciam, dando exemplo com alguns trechos retirados do discurso com idosos da instituição: *“agora que cheguei a esta idade, que poderia dormir até mais tarde, tomar o pequeno-almoço mais tarde...não”*^{E2}. Os idosos consideram que na *“presença de regras, não têm como fugir, e lá está eles pensam que vão ficar sem a sua liberdade”*^{E1}. Tal exige do idoso uma reconstrução de papéis, uma reorganização pessoal, que permita ao idoso adaptar-se e reestruturar-se de acordo com essas mesmas regras, que uma vez acatadas, irão favorecer um clima harmonioso^{A22}.

A *reputação da instituição* em causa e a sua *ligação com o exterior*^{E5}, bem como o *medo da solidão* nessas estruturas^{E6} e o ser vista como o *fim de linha/estação*^{E4, E6, E7}, são outros dos fatores enunciados pelos enfermeiros do PG. As afirmações que mais sobressaem, pelo impacto e peso das palavras, foram proferidas por uma das enfermeiras, da instituição suíça, por sinal a profissional mais velha, em termos de idade^{E4}. Esta refere que esta conotação é resultado, de ainda se considerar, que a institucionalização existe *“apenas para os velhos, os doentes e os*

dementes,”^{E7} em que no ato da entrada *se prescinde da autodeterminação*, e o idoso, *deixa de se poder projetar livremente*^{E7}. Contrapondo-se a esta visão, uma outra enfermeira, também da instituição suíça, no entanto mais nova e com uma distinta formação profissional, refere que, os Pflegegruppen “são um bom exemplo de que a *autodeterminação não precisa ser entregue à entrada*”^{E8}, uma vez que, mesmo depois de entrar na instituição, o idoso continua a ter “*a oportunidade de tomar as suas próprias decisões e cultivar os seus contactos sociais,(...) promovendo o contacto com os parentes, conhecidos, visitantes dos moradores*”^{E8}, possibilitando-lhes ainda, a *participação de discussões na sociedade*^{E8}.

Sendo que a maioria dos enfermeiros, comunga da ideia, que à institucionalização, ainda continuam associados um conjunto de significados de cariz mais negativo, o pesquisador confrontou-os com a questão , do que poderá então ser feito para que se evolua, em sentido contrário, para que esta realidade seja aceite e assumida, como algo positivo e não pela necessidade de resignação, por não se avistar nenhuma outra alternativa. Tendo o pesquisador considerado, que as unidades de conteúdo, daí resultantes permitem caraterizar o papel do enfermeiro na promoção de um envelhecimento ativo, junto ao idoso institucionalizado, os resultados serão apresentados no capítulo seguinte.

O testemunho dos enfermeiros veio, desta forma, reafirmar os dados apresentados, resultantes da análise documental, enriquecendo-os. A diferença no discurso dos enfermeiros, assenta, no que se refere à questão da conotação atribuída à institucionalização, não numa evidente divergência no grau de conhecimentos, mas na constatação de o discurso dos enfermeiros da instituição portuguesa, se caracterizar mais pela resiliência. Apesar de cientes e conhecedores do caminho necessário trilhar, parecem não se vislumbrar mudanças significativas a médio-longo prazo, referindo uma das enfermeiras que “*sozinha, só, individualmente não consigo mudar nada dessa conotação...pronto, porque não vou mudar as regras da instituição, acho que devia ser mais da parte superior, que deveria modificar um bocado a funcionalidade da instituição*”^{E2}. Esta afirmação, remete-nos ao ponto de partida, em que a institucionalização, enquanto ambiente de moradia para a pessoa idosa, deveria ser detentora de uma imagem que lhe permitisse ser considerada uma resposta positiva para a pessoa idosa, o que no entanto, considerando a literatura analisada e o testemunho dos participantes, continua a não se verificar. Um dos maiores contrassensos desta realidade, reside no facto, de mesmo em instituições, que os profissionais de saúde reconhecem as lacunas e são detentores de conhecimentos, que lhes permitem fomentar a mudança, o cenário não ser diferente.

Tais evidências sugerem-nos, que a conotação atribuída à institucionalização se encontra ainda muito associada a aspetos negativos, geradores de repúdio e negação desta nova realidade. Estes significados pouco recetivos, que lhe são atribuídos, conferem-lhe uma grande dificuldade de aceitação, quer seja por parte do idoso, quer da família, e até mesmo da própria sociedade. As instituições, são chamadas desta forma, a prestarem assistência social e cuidados de saúde de forma digna, com o intuito de reduzir o estigma da instituição, enquanto local de exclusão social do idoso^{A16}.

2.2.4 - Papel do enfermeiro na promoção e processo de envelhecimento ativo

Numa altura, em se torna indispensável olhar para o processo de envelhecimento que acomete os idosos, objetivando potencializar as suas capacidades e incitar mudanças, nomeadamente a nível do seu comportamento, que possam promover o envelhecimento saudável. No contexto da institucionalização, considera-se que o envelhecimento ativo, ainda não é otimizado pelas suas práticas, considerando-se que os profissionais de saúde, ao serviço dessas instituições, deveriam desenvolver a sua atividade tendo como foco a promoção da saúde e qualidade de vida^{A9}. Neste sentido, interessa perceber qual o papel dos profissionais de saúde, junto ao idoso institucionalizado.

Como já referido anteriormente, envelhecer ativamente exige o manter de uma relação equilibrada entre o declínio natural das diversas capacidades (individuais, mentais e físicas) e o concretizar dos objetivos desejados^{A3, A4}. No que ao idoso diz respeito, tal será conseguido por meio de estratégias propostas por profissionais de saúde, que considerem não só a pessoa idosa, como a sua família e comunidade^{A3}. Neste âmbito, é dado enfoque aos profissionais de enfermagem, a quem é incumbido atuarem no sentido da promoção da saúde e da prevenção de complicações, inerentes ao processo de envelhecimento, considerando-se que as suas intervenções podem promover mudanças de hábitos nos idosos, contribuindo para o seu envelhecimento ativo^{A3}. Ainda que dado enfoque ao profissional de enfermagem, este deverá articular-se e atuar em conjunto com outros profissionais de saúde, pela necessidade de intervenções interdisciplinares junto à pessoa idosa e suas famílias, proporcionando-lhe uma rotina de atividades prazerosas, de acordo com as suas condições de saúde e respeitando as suas preferências^{A3, A15}.

Espera-se, do profissional de enfermagem, que este se sinta estimulado a atuar no âmbito da promoção, contribuindo e objetivando a manutenção de um envelhecimento ativo e participativo^{A3}. Para tal, o enfermeiro deverá ser capaz de reconhecer aspetos individuais e

coletivos da população em questão, desenvolvendo ações em saúde, em que o idoso é considerado em suas multiplicidades e particularidades, rejeitando tentativas totalizantes e de homogeneização, percebendo o idoso como um todo, com suas crenças, valores e suas experiências^{A3, A5, A6, A10}. Só desta forma, a promoção de saúde se concretizará de forma mais ampla e contextualizada. Neste sentido, a enfermagem deve pautar a sua atuação pela assistência, considerando as necessidades específicas do idoso e as mudanças ocorridas no processo de envelhecimento, com intervenções de enfermagem, que auxiliem o idoso na manutenção e/ou melhoria do seu estado de saúde e que previnam lesões^{A6, A10}.

A educação em saúde, atividade a ser desenvolvida pelos profissionais da saúde, nomeadamente o enfermeiro, enquanto principal ator no cuidado através da mesma, visa a conscientização do idoso sobre sua saúde e como participante ativo em todo o processo, o que por vezes implica transformações. Será, no entanto, preciso, confundir a educação em saúde com a transmissão de informação em saúde, desconsiderando-se o saber popular, afastando-nos daqueles que são os resultados almejados com tal prática. O papel do enfermeiro é, neste âmbito, considerado significativo, na medida em que contribui para a adesão a hábitos de vida saudáveis, minimizando dificuldades e maximizando as potencialidades dos que estão sob o seu cuidado^{A6}. Sem o prejuízo, de desconsiderar as perdas inerentes ao processo do envelhecimento, a promoção do envelhecimento, de forma ativa, assume-se como primordial, uma vez que é sinónimo de vida plena, em que manter os idosos funcionalmente independentes, será o primeiro passo para atingir uma melhor qualidade de vida^{A4, A12}.

Alerta-se para o ainda se verificar que em algumas instituições, os cuidados de enfermagem, ainda estão voltados às ações biomédicas, desconsiderando a conceção humanística^{A9}. Mais do que garantir a qualidade científica e técnica inerente aos cuidados prestados, o enfermeiro, deve assumir-se em simultâneo como companheiro e prestador de cuidados humanizados, conferindo segurança e bem-estar ao idoso. Numa fase da vida, em que as perdas são inevitáveis e surgem limitações, o apoio emocional é essencial à aceitação e adaptação^{A8}. O cuidar envolve um agir, contudo um agir consciente, resultante da atitude de um enfermeiro integrado por duas formações: a pessoal e a profissional^{A6}. Fenómeno comum e universal, o cuidado exige especificidade, que quando, prestado em grupos de convivência, em instituições, deve pautar-se pelo desenvolver de habilidades, para realizar as suas funções diárias, em alcançar um funcionamento global, com foco na capacidade funcional, tornando-o um processo multidimensional.

Este processo, deve ser executado por toda a equipa de enfermagem^{A9,A10}, de forma a possibilitar a organização do cuidado e diminuir o risco de dependência da pessoa idosa^{A9}. A avaliação contínua, característica inerente a este processo, permite estabelecer objetivos, de acordo com as necessidades individuais do idoso, para além, dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem possibilitarem a aplicação de conhecimento técnico- científico de forma sistematizada^{A9,A10}. Cabe ao enfermeiro, programar e adotar estratégias que busquem manter a autonomia e independência do idoso, prestando cuidados individualizados^{A10}. Neste sentido, é também da responsabilidade deste profissional, incluir o idoso, frágil ou não, em todo o processo de tomada de decisão, permitindo-lhe ser sujeito cognoscente do seu cuidado, possibilitando o empoderamento do ser^{A21}. O papel do enfermeiro é tido como fundamental, desde o início de todo o processo de institucionalização, mais concretamente, na admissão do idoso na instituição. Entre outras coisas, compete-lhe familiarizar o idoso com o funcionamento e rotinas da instituição, mostrar-lhe e levá-lo a conhecer o espaço físico, apresentá-lo aos outros moradores e restantes funcionários, promovendo desta forma a sua mais rápida adaptação^{A10}. Mais que manter um ambiente institucional agradável, compete ao enfermeiro, manter um ambiente com possibilidades reais, que lhe permitam atender as suas necessidades biopsicossociais^{A22}.

No que concerne ao papel do enfermeiro, objetivando revitalizar a conotação atribuída à institucionalização, o estabelecer de uma *relação de confiança e empatia*, é ideia transversal ao discurso, de sete dos oito enfermeiros^{E1, E2, E3, E4, E5, E6}. Inerente, a esta ideia, e referida por três enfermeiros, é referido como sendo essencial, a *importância da comunicação estabelecida*^{E3}, *aberta*^{E4} e *de qualidade*^{E5}. A *qualidade da comunicação é essencial*, quer seja estabelecida entre os profissionais e o idoso, quer seja estabelecida entre os profissionais e os familiares da pessoa idosa^{E5}. Para duas enfermeiras da instituição suíça, seria pertinente proporcionar ao idoso, que se encontra ainda indeciso, quanto à instituição pela qual deve optar, um dia de “*prova*”, *promovendo um primeiro contacto com a instituição*, que lhe permitisse perceber o funcionamento da instituição e se esta corresponde ao idealizado, para esta nova fase da vida^{E5,E6}. A *prestação de cuidados individualizados e de qualidade* foi referida por duas enfermeiras, também da instituição suíça^{E5, E7}. O *prestar de informação*, o *assumir uma atitude amigável e escuta ativa*, assim como, o *aconselhamento e esclarecimento de questões*, prefiguram entre os fatores enumerados, que poderão ajudar a revitalizar a imagem da institucionalização, conferindo à sua conotação, significados positivos. O discurso e estratégias apresentadas pelos enfermeiros, objetivando, a revitalização da imagem da institucionalização, refletem o facto de

a maioria deles, trabalhar neste contexto e com pessoas idosas, já há vários anos, possuindo um conhecimento profundo desta realidade.

Os enfermeiros entrevistados caracterizam o papel do enfermeiro, como sendo *importante*^{E5}, *fundamental e essencial*^{E3}, constituindo-se *figura chave e parte interessada*^{E4}. Para estes, o papel do enfermeiro passa por *prestar ajuda, apoio, deixá-los fazer*, conferindo-lhes *autonomia*^{E1,E2}. O enfermeiro deve *apoiar “as pessoas idosas em todas as quatro áreas: bio-psicossocial-social e espiritual”*^{E5}, o que passa por, *“respeitar os direitos e autonomia da pessoa idosa, manter e promover as habilidades da pessoa cuidada, compensar as deficiências, evitar o paternalismo, conhecer, aceitar e promover a biografia, os hábitos e a cultura da pessoa a ser cuidada”*^{E4}. *Incentivar e motivar, suportar*^{E6, E7}, foram outros dos termos usados para caracterizar o papel do enfermeiro, salientando-se a importância do seu papel no *alívio da dor*^{E6, E7}, considerada essencial no que concerne à percepção de qualidade de vida^{E6}. Cabe ao enfermeiro *reconhecer, promover e mobilizar os recursos existentes*, dando espaço ao idoso para expressar os seus desejos e necessidades, *adaptando o cuidado à situação individual de cada idoso*, tanto quanto possível^{E8}.

Quando questionados sobre a importância da relação estabelecida profissional de enfermagem idoso, estes consideram-na *muito importante*^{E1, E5,E6, E7,E8}, *positiva*^{E3}, sendo o *“elemento central de todo o processo”*^{E4}. Esta relação permite ir *“mais para além da relação terapêutica”*^{E1}, permitindo o *fortalecer da compreensão e confiança*, entre ambos os atores^{E1, E2}. A formação do profissional de enfermagem, confere-lhe *“capacitações para criar empatia, um relacionamento positivo com o idoso e de certa forma facilitar esse mesmo processo de envelhecimento de forma mais adequada e justa, promovendo o seu bem-estar físico, social e psicológico, é nesse sentido que temos um relacionamento mais positivo”*^{E3}. O enfermeiro ao estabelecer esta relação, deve *“assumir uma postura centrada na pessoa, com empatia, aceitação, congruência, flexibilidade e criatividade na prestação de cuidados e acompanhamento, promovem a qualidade de vida dos moradores”*^{E4}, o que se reveste ainda de maior importância, se considerar, que, *“em muitos casos, a enfermeira é a pessoa de confiança e mais próxima do idoso”*^{E5}. Um dos enfermeiros, considera o *“trabalho de biografia como de importância central neste contexto”*^{E8}, na medida, em que é preciso *“entender porque uma pessoa reage da maneira que reage. Só assim posso garantir cuidados e apoio individuais”*^{E8}. Tal, é corroborado por uma outra enfermeira, que afirma que enfermagem *“significa muito mais do que apenas medicação e visitas”*, pressupõe o *“contacto direto com o ser humano. Isso*

começa com a conversa diária (...) somente essas interações permitem uma abordagem pessoal ao cliente (...) é essencial para o trabalho diário”^{E6}.

Tento como tema central, o papel do enfermeiro na promoção de um envelhecimento ativo junto ao idoso institucionalizado, não se verificaram discrepâncias significativas no discurso dos enfermeiros, independentemente da instituição em que trabalham. Os dados resultantes da análise teórica, parecem estar em concordância com o que os enfermeiros, consideram ser, na realidade o seu papel, demonstrando estar conscientes da consciência do mesmo.

2.2.5 - Meios disponíveis: projetos desenvolvidos e/ou a desenvolver

A maior disparidade, quando consideradas as instituições representadas no estudo, pelos enfermeiros que aceitaram participar no mesmo, surge quando confrontados com a pergunta de meios depõem e quais os projetos desenvolvidos ou a desenvolver, nas respetivas instituições, no sentido da promoção de um envelhecimento ativo.

Dos três enfermeiros da instituição, dois dizem *não estar a ser desenvolvido qualquer projeto*^{E1, E2}. Sendo três os enfermeiros, que constituem a equipa de enfermagem portuguesa, o registo de apenas um referir a existência de um projeto, a uma primeira vista, poderia vislumbrar falta de comunicação e até mesmo de insucesso de implementação desse projeto. No entanto, considerando que o projeto referido, se relaciona com a *promoção de construção de uma nova estrutura, destinada a receber utentes do foro neurológico, com alzheimer, demência*^{E3}, não será de estranhar este não ter sido referido, pelas duas outras enfermeiras. Somos levados a concluir, que neste sentido, não está, nem foi desenvolvido nenhum projeto digno de relevo.

No que concebe à instituição suíça, são vários os projetos enumerados, objetivando a promoção de um envelhecimento ativo junto aos idosos residentes, sendo que das cinco enfermeiras que constituem a equipa, apenas duas demonstram ter um menor conhecimento dos mesmos^{E6, E7}, uma das quais, devido ao pouco tempo a que se encontra ao serviço da instituição^{E6}. Como refere uma das enfermeiras, a instituição desenvolve vários projetos, para garantir a qualidade e desenvolvimento da mesma^{E8}. Alguns desses projetos foram enumerados por duas outras enfermeiras^{E4, E5}, dos quais se destacam a *criação de grupos de atendimento descentralizados, cuidados de alívio da dor, aconselhamento para a terceira idade, cursos de cinestesia* (competência de movimentos e qualidade de vida, prevenção de quedas), a *vida na velhice na baixa Engadina*^{E5}, *Wind im Haar* (cabelos ao vento) e *visita de voluntários que desenvolvem atividades lúdicas com os moradores* como cantar, jogar ao Lotto e às cartas^{E5, E7}.

Quanto aos meios disponíveis, por parte da instituição portuguesa, estes resumem-se ao terem ao seu serviço *uma animadora sociocultural*^{E1, E2} e *um fisioterapeuta*^{E2}, a tempo parcial; *atividades desenvolvidas por pessoas externas à instituição*, como um professor de música e outros voluntários^{E1}. Dos três enfermeiros da instituição, apenas uma, considerou os meios disponíveis como suficientes^{E1}. Os restantes dois consideram que o que têm ao dispor “*não é muito e funcionários também são poucos*”^{E2}, não sendo os “*mais adequados à realidade em concreto*”^{E3}, *havendo ainda muito “a fazer para a realidade em concreto (...) se queremos promover qualidade e um bem-estar à pessoa idosa*”^{E3}. “*É uma realidade, na verdade as instituições não estão preparadas para enfrentar a população idosa que surgirá numa outra fase será uma população com uma instrução mais acentuada, (...) a instituição em si, na verdade estas instituições, têm que preparar, adequar, melhorar os seus níveis de intervenção porque na realidade, no futuro não estão minimamente preparadas para enfrentar essa realidade.*”^{E3} Esta afirmação, espelho da realidade que se vive em Portugal, contrasta com o que se vive na instituição suíça, onde 4 dos 5 enfermeiros foram perentórios ao considerar, os meios disponíveis como adequados, fazendo referência à “*(...) filosofia e conceito de equipa instituídos,*”^{E4} “*(...) tamanho dos nossos grupos, são unidades pequenas (...)*”^{E4}, parecendo “*que estamos em casa, envelhecemos num ambiente familiar*”^{E6}, “*(...) em que os moradores “(...) os moradores estão ativamente envolvidos na vida quotidiana, estando todas as intervenções são adaptadas individualmente aos residentes*”^{E7}. Os idosos da instituição dispõem de “*cuidados e apoio adequados que promovem a saúde dos idosos e garantem a sua segurança*”, de “*(...) uma rotina diária regular*”, “*(...) dieta saudável*” e “*várias atividades e manter contatos sociais com seus colegas de quarto*”^{E8}. Entre outras coisas, “*ajudam a cozinhar, vão às compras, dobram a roupa, (...)*”^{E6}. Como meios disponíveis foram também referenciados, os “*conceitos de enfermagem, a cooperação interinstitucional, o modelo de velhice, o cumprimento dos requisitos de políticas de saúde, dos requisitos legais para uma licença de atividade, e as “chaves pessoais” (...)*”^{E4}, os “*(...) conceitos e normas, (...) apoio de voluntários, (...) cooperação com a família dos moradores*”^{E5}. Os outros enfermeiros, ainda que considerando bastantes e adequados os meios disponíveis, consideram que a “*capacidade, habilidade de implementação é insuficiente (...)*”^{E4}. As “*possibilidades seriam expansíveis*”^{E8}, não fossem “*os problemas de financiamento(...)*”^{E4} e “*(...) o recrutamento de pessoal difícil (emergência de cuidado)*”, pelo que, “*(...) o cuidado e apoio estão limitados.*”^{E8} Do ponto de vista, do enfermeiro com maior responsabilidade na instituição, no referente a cargos diretivos, “*a profissão de enfermagem não é suficientemente atraente por diversas razões. E a profissão não*

parece ser suficientemente importante para a política e a sociedade, (...) “os custos de saúde são de qualquer maneira muito altos, não há dinheiro para permitir um atendimento “melhor” aos idosos”^{E8}. O discurso desta enfermeira reflete e resume uma realidade atual e global, que não é exclusiva, deste ou daquele país, realidade com que toda a população se vê confrontada diariamente, quer pelas suas próprias experiências pessoais, quer pelo exposto pela imprensa nacional e internacional. Esta mesma enfermeira conseguiu resumir numa frase, o que parece estar embargado, no discurso de todos os participantes no estudo: “Só pelo comprometimento e grande empenho de muitos cuidadores ativos, é muitas vezes possível obter um resultado razoavelmente “bom” no cuidado geriátrico.”^{E8}

Os projetos e meios disponíveis, referenciados pelos enfermeiros da instituição suíça, refletem as diretivas das diretrizes internas e normas^{D6,D7,D8,D9,D10,D11} pela qual se rege a instituição, indo de encontro à filosofia e conceito instituídos, em que “a oferta é baseada nos princípios de viver em casa e é particularmente adequada para pessoas que podem se estabelecer em uma pequena comunidade familiar”^{D6}, “manter e cultivar contatos com o ambiente social recebe grande atenção”^{D6}, considerando-se que “o grupo de cuidado deve tornar-se parte integrante da comunidade”^{D6} e em que se entende “a saúde como uma sensação subjetiva de bem-estar e independência em harmonia entre possibilidades pessoais, objetivos e limites dados na situação atual da vida, bem como na interação entre aspetos e valores físicos, psicossociais, religiosos, espirituais e culturais.”^{D8} Já os meios, de que a instituição portuguesa dispõe, vem atestar o “manifesto o desajustamento entre o enquadramento normativo em vigor e a crescente preocupação com a possibilidade de utilização máxima das capacidades instaladas em condições de qualidade e segurança”^{D13}, em que programas, como o Programa de Emergência Social (PES) que, “prevê a alteração e a simplificação da legislação e dos guiões técnicos que enquadram as respostas sociais, designadamente as dirigidas a pessoas idosas”, tem no entanto, que se adaptar, “à realidade nacional” e a um cenário de contenção orçamental.”^{D13} Parece haver evidência da carência de meios, por parte da instituição portuguesa, nomeadamente a nível de recursos financeiros e humanos, contudo a análise dos recursos humanos não é objetivo deste estudo, ficando apenas a referência ao previsto e imposto por lei: “A estrutura residencial deve dispor de pessoal que assegure a prestação dos serviços 24 horas por dia. (...) deve dispor no mínimo de: um(a) animador(a) sociocultural ou educador(a) social ou técnico de geriatria, a tempo parcial por cada 40 residentes; um(a) ajudante de ação direta, por cada 8 residentes; um(a) ajudante de ação direta por cada 20 residentes, com vista ao reforço no período noturno; um(a) encarregado(a) de serviços

domésticos em estabelecimentos com capacidade igual ou superior a 40 residentes; um(a) cozinheiro(a) por estabelecimento; um(a) ajudante de cozinheiro(a) por cada 20 residentes; um(a) empregado(a) auxiliar por cada 20 residentes”^{D12}.

Parece-nos que a instituição suíça está um passo à frente, uma vez que, já se passou da fase da delineação de estratégias, para a sua aplicação no terreno, o que confere aos órgãos diretivos desta instituição, uma maior conscientização da problemática, o que de certa forma, justifica e torna mais compreensível as respostas que foram sendo dadas, pelos profissionais de saúde, desta instituição, menos reticentes e com significados mais positivos. Será também importante considerar, que embora dois dos enfermeiros da instituição suíça façam referência a dificuldades de financiamento^{E4, E8}, estes têm mais meios ao seu dispor. O cariz de financiamento das instituições é distinto, bem como a realidade económica de ambos os Países. A saúde do sistema económico suíço, não é de todo comparável, com a saúde débil e frágil do sistema económico português, nomeadamente do sistema de segurança social e de saúde. Tal, pode, de certa forma, justificar a diferença significativa, quando comparados os meios de que cada uma das instituições dispõe.

2.2.6 - Dificuldades sentidas: limitações à atuação do profissional de enfermagem

Considerados profissionais estratégicos, no que concerne à promoção de um envelhecimento ativo, é fundamental atentar, não só há natureza de atuação dos enfermeiros, no que concerne aos seus fundamentos e princípios, mas também ao que poderá constituir obstáculo ao seu desempenho. O tratamento de capítulos anteriores, permitiu-nos confirmar a relevância e perceber o âmbito de atuação do profissional de enfermagem, em todo esse processo, todavia, ficou implícita a existência de condicionantes ao seu desempenho, tal como este deveria ser e é desejado.

A revitalização da imagem do idoso e do seu papel na sociedade implica o afastamento de discursos, centrados no declínio do corpo e da mente, relegando o idoso ao exílio social, marginalizando-o pela sua incapacidade como força do trabalho^{A5}. Desta forma, a reinvenção da velhice, a construção do idoso ativo, exige do profissional de enfermagem a visão do idoso como um todo, o que só será conseguido, se este profissional, para além de conhecer e entender o processo de envelhecimento, conseguir refletir sobre a sua própria conceção do envelhecer^{A5, A6}. Esta necessidade prende-se com o permanecer de uma visão, ainda reducionista, de alguns profissionais de saúde, ao perceberem envelhecimento ativo como ausência de doenças, total independência para atividades da vida diária e atividade física^{A6}. A visão adotada pelos

profissionais de enfermagem poderá influenciar, positiva ou negativamente, o seu modo de intervir, mediante o tipo e caráter de concepção idealizada^{A6}. É-nos sugerido, que o cuidado oferecido aos idosos ainda se prende muito com a imagem, que os próprios profissionais têm acerca do processo de envelhecimento^{A8}. Imagem resultante, na maioria das vezes, de uma visão pejorativa, de alcance reduzido, emanada de estereótipos criados pela sociedade. Esta visão reducionista, resulta da concepção do envelhecimento como um conjunto de alterações morfológicas, perceptíveis na aparência externa da pessoa idosa^{A8}. Para quem encara o envelhecimento bem-sucedido, como sendo o reflexo da manutenção da saúde física, será difícil perceber o próprio envelhecimento, resultando em sentimentos de negação, optando-se por não pensar na própria velhice^{A8}. É necessário, também por parte dos enfermeiros, lançar um novo olhar sobre a pessoa idosa, que resulte na construção de uma nova representação sobre o envelhecimento, que contribua para uma mudança e atitude^{A8}. Um dos estudos refere, a título de exemplo, o preconceito ainda existente por parte dos profissionais de saúde, quanto à sexualidade na velhice, o que provoca sentimento de vergonha e falta de iniciativa no idoso^{A21}. Entre os obstáculos institucionais, considerados como limitadores da atuação do profissional de enfermagem, no que concerne à prestação de cuidados sistematizados e individualizados, prefigura o número reduzido de profissionais nas instituições, nomeadamente pessoal técnico, capacitado para lidar com as exigências e necessidades da pessoa idosa, o que impede ações efetivas e planejadas^{A9}. A necessidade de mais profissionais nas instituições, detentores de um conhecimento mais profundo, surge como imperativa, quando se tem como pretensão a melhoria e um elevado grau de qualidade nos cuidados prestados ao idoso institucionalizado^{A9, A23}. A literatura faz, assim, sobressair as práticas idadistas aliadas à falta de um conhecimento mais profundo e especializado, como os fatores mais limitantes à atuação do profissional de enfermagem.

Em contexto real, aqui trazido pelo testemunho dos enfermeiros, participantes no estudo, as limitações ao desempenho do profissional de enfermagem prendem-se com o *fator tempo*^{E1,E2,E4,E6,E7,E8}; com *fatores financeiros*, em que a os órgãos administrativos, da instituição, “*não leva muitas vezes em linha de conta, a qualidade, o direito da pessoa idosa ao respeito, dignidade, personalidade e individualidade*”^{E3}; com a *falta de formação adequada*^{E4,E5, E7}, o que se “*reflete na atitude da maioria dos profissionais, nomeadamente assistentes*”^{E5}, verificando-se “*discrepância entre o conhecimento académico, conceitos e a prática de enfermagem*”^{E4}; e com a *falta de pessoal*^{E4,E5,E6,E7,E8}. Os enfermeiros, de ambas as instituições, considerando as suas respostas, parecem comungar das mesmas limitações ao seu desempenho.

As diferenças encontradas prendem-se no motivo pelo qual é referido o fator tempo. Enquanto, na instituição portuguesa se prende com a *rigidez de horários instituída*: “*tem que despachar (...) porque a esta hora é para tomar o pequeno-almoço (...) não podemos estar aqui a empatar*”^{E2}, na instituição suíça, este aparece associado à *falta de profissionais de enfermagem*^{E4,E5,E6,E7,E8}, dada a *dificuldade em recrutar pessoal*^{E6,E8}. Se considerarmos a proporção de enfermeiros por idoso, da instituição suíça, em que para nove residentes, há 5 enfermeiras, para além dos restantes profissionais de saúde, nomeadamente assistentes, e que a instituição portuguesa, para um total de 156 idosos, conta com 3 enfermeiros, é de fácil compreensão, que uma das enfermeiras do PG afirme “*que ainda assim no que se refere ao fator tempo são uns privilegiados*”^{E5}. Remetendo-nos para a lei, e apenas pretendendo fazer alusão ao rácio enfermeiro por idoso considerado pelas normativas, pela qual se rege a instituição portuguesa: “*A estrutura residencial deve dispor de pessoal que assegure a prestação dos serviços 24 horas por dia. (...) deve dispor no mínimo de: (...) um(a) enfermeiro(a), por cada 40 residentes*”^{D12}, em que sempre que “*a estrutura residencial acolha idosos em situação de grande dependência, os rácios de pessoal de enfermagem, ajudante de ação direta e auxiliar são os seguintes: um(a) enfermeiro(a), para cada 20 residentes; um(a) ajudante de ação direta, por cada 5 residentes; um(a) empregado(a) auxiliar por cada 15 residentes.*”^{D12}

Os oito enfermeiros, ainda que limitados, assumem exercer as suas competências, sobressaindo da equipa de enfermagem portuguesa, a precisão de um maior apoio institucional, relativamente à organização dos serviços/ horários, refletindo uma carente compreensão do que é, e da necessidade de planear o cuidado em enfermagem. Da parte da equipa suíça, a questão centra-se na necessidade de uma maior capacitação em enfermagem gerontogeriatrica e ampliação do número de funcionários, o que reflete a conscientização da equipa de enfermagem, quanto à necessidade de uma melhor capacitação técnica, para melhorar o seu desempenho e desta forma a qualidade dos cuidados prestados.

As limitações apresentadas pelos enfermeiros, ao seu desempenho, estão em consonância, com as levantadas e resultantes da análise da literatura, destacando-se o *fator tempo, número reduzido de profissionais e falta de conhecimentos adequados e específicos*.

2.2.7 - Medidas a implementar no sentido de possibilitar a promoção de um envelhecimento ativo

Dar resposta aos desafios do envelhecimento, tal como preconizado no termo envelhecimento ativo, irá exigir cada vez mais dos profissionais de enfermagem, a apropriação

de conhecimentos gerontogerítricos, interdisciplinares e multidimensionais. Esta necessidade, ficou evidenciada, no capítulo precedente, sobressaindo a necessidade de investimento na formação dos profissionais de saúde e recursos humanos^{A3, A9, A12}. Voltando-nos para a formação em enfermagem gerontológica, entre os seus currículos formativos, deverão perfilar conhecimentos que permitam perceber a pessoa idosa e o processo de envelhecimento que a acomete. Torna-se necessário apostar na educação contínua dos seus profissionais, dando-lhes a conhecer as normas e diretrizes mais recentes^{A9}. O aperfeiçoamento teórico, assume-se como premissa, para que o envelhecimento ativo, no contexto da institucionalização, possa acontecer.

Considerando uma das outras limitações evidenciadas, o fator tempo, será necessário otimizar o tempo e as ações na atenção aos idosos, o que se tornará possível, através de uma atuação multiprofissional, que compartilhe um mesmo plano de cuidados, que permita dar resposta às necessidades do mesmo idoso, em diferentes domínios^{A6,A9}. Esta necessidade, reveste-se de maior importância, quando ainda se verifica, que o cuidado planeado, em muitas das instituições, continua a ser delineado permeando a perspetiva medicalizada/curativista, assente na visão do médico da instituição, desvalorizando o cuidado autónomo da enfermagem^{A9}. Consequentemente, o cuidado prestado numa grande maioria das instituições, continua a restringir-se à realização de ações, que englobam, cuidados de higiene, administração de medicamentos e alimentação. Ao contrário, o processo de enfermagem incita uma reflexão que permite um conhecimento mais profundo da história de vida do idoso, permitindo aferir parâmetros essenciais ao cuidado adequado e individualizado. De entre as medidas a adotar, destacam-se assim medidas que premeiem atividades de lazer, a inclusão dos idosos na comunidade, entre as quais, o desenvolvimento de oficinas, para a prática de atividades contextualizadas, em grupo, que permitam aos idosos desenvolver habilidades para realizar as suas funções diárias^{A6,A7,A9}. A enfermagem gerontológica, através dos grupos de convivência, poderá intervir de forma criativa, fomentando no idoso participação do idoso e construção coletiva. Ao abordar o cuidado desta forma, para além do modelo biológico, considerado o impacto na funcionalidade global, vislumbrar-se-á, um idoso com maior capacidade de adaptação e consciencioso, inserido no contexto social e cultural^{A7}. Como referido na ENEAS, aumentar a capacidade funcional das pessoas idosas deve ser “um ponto de referência para formulação de um modelo orientador de intervenção que defina prioridades, parâmetros de monitorização e avaliação” que fomente “dinâmicas e sinergias de cooperação entre interventores e instituições no âmbito dos diversos Programas Prioritários e outros Programas e projetos da saúde e vários parceiros empenhados na melhoria dos padrões de

saúde, de participação, de segurança e de investigação.”(SNS, 2017). Estes profissionais, quando dotados de conhecimento, conseguirão adotar estratégias, assentes numa atuação multidisciplinar, na educação para a saúde interprofissional e com /para as pessoas idosas, no estímulo à atividade física e alimentação saudável, bem como na promoção de ambientes comunitários/grupais saudáveis. Com a implementação destas medidas, espera-se que o idoso, possa exercer a sua liberdade e autonomia, que o idoso agora ativo, se torne perito de si mesmo, especialista da sua saúde e do seu corpo ^{A5}.

Em sentido convergente, caminham as opiniões dos enfermeiros quanto às práticas a adotar, para uma institucionalização bem-sucedida. Considera-se, desta forma, como essencial, *promover mais atividades, atividades em que os idosos possam participar*^{E1, E7, E6, E8}, na área da animação^{E2}, apontando-se para a necessidade de uma *equipa multidisciplinar* ^{E2}. Estas atividades, de acordo com um dos enfermeiros, deverão enquadrar-se no leque de “paixões” do idoso, obtendo apoio da equipa de enfermagem dentro do necessário, respeitando sempre o espaço dos outros residentes, reconhecendo que esta é uma questão difícil, na medida em que *“cada morador é diferente e precisa de medidas diferentes.”*^{E8} Para tal será preciso ter *“mais pessoal”*^{E2}, *“pessoal suficiente para um atendimento individual”*^{E4}, onde seja dado tempo aos idosos para *desenvolver as suas capacidades*, deixá-los fazer *“por eles...só com supervisão”*, sem estar cingido, única e exclusivamente a regras e aos horários que estas impõe^{E1}, promovendo o *“trabalho autónomo”*, o *“pensamento e desafios cognitivos”*^{E7}. *“O problema é que nós temos que dar uma resposta imediata a muitos utentes. Nós somos três para mais de 150 utentes, fora os domicílios”* ^{E1}. Refere-se ser necessário uma separação de deveres, um melhor entendimento do cuidar, enquanto *“apoio/acompanhamento”*, possibilitando uma *“assistência médica, psicogeriátrica e paliativa competente”* ^{E4}. Apenas um dos enfermeiros, neste caso da instituição portuguesa, refere ser necessário desenvolver estruturas físicas mais adequadas à realidade em que vivem, *“faltam-nos infraestruturas para o desempenho da fisioterapia adequada, para o serviço de animação e para os nossos cuidados de enfermagem em si”* ^{E3}.

As práticas e medidas a adotar, levantadas como necessárias, para além de serem reflexo das limitações identificadas ao desempenho do profissional de enfermagem, remetem para aquela que deve ser considerada a prática mãe de toadas as outras, sem a qual as referidas anteriormente estão passíveis de exequibilidade: *“respeitar os direitos dos idosos, (...)autonomia e a autodeterminação”*^{E5}, considerando *“as necessidades individuais e os valores culturais”*^{E5}, garantindo a segurança da pessoa idosa ^{E5}.

CONCLUSÃO

A promoção de um envelhecimento ativo e saudável, é assumida, indiscutivelmente, como o caminho a seguir para dar resposta aos desafios relacionados com a longevidade e o envelhecimento da população, em que o termo ativo abrange muito mais que possibilidade de ser física e profissionalmente ativo. Foi o partir deste pressuposto, que, entre os objetivos delineados para o estudo, insurgiu a necessidade de compreender o que os enfermeiros consideram ser um envelhecimento ativo e caracterizar o seu papel no que concerne à sua promoção, junto ao idoso institucionalizado.

Os enfermeiros participantes no estudo, sem exceção, reafirmam a definição supracitada, acrescentando, que implica também, uma participação contínua na vida social, económica, cultural, espiritual e cívica. Cabe a estes, e a todos os outros profissionais de enfermagem, a sua promoção tal como preconizado, pautando a sua atuação pela assistência e prestação de cuidados individualizados, que permitam ao idoso manter, e até aumentar, a sua capacidade funcional. É, portanto, da competência destes profissionais adotar estratégias que permitam ao idoso institucionalizado mobilizar tudo o que é ainda passível de ser mobilizado e desta forma prevenir complicações inerentes ao processo de envelhecimento.

Se por um lado os estudos apontam para os benefícios da promoção e adesão a um envelhecimento ativo, por outro, ficou evidenciada a dificuldade de implementação de medidas que o permitam, nomeadamente no contexto institucional. Os relatos dos enfermeiros participantes no presente estudo, pelos quais nos foi permitido aceder, ainda que representando uma pequena amostra, ao que tende a ser a realidade da institucionalização do idoso, atestam tal dificuldade. Começa a desenhar-se aqui a resposta para um outro objetivo deste estudo: caracterizar a influência da cultura e clima organizacional das instituições no processo de envelhecimento ativo, na perspetiva do enfermeiro. Embora conhecedores e cientes da importância e necessidade de promoção de um envelhecimento ativo, e da criação de condições que permitam o desenvolvimento do mesmo, junto ao idoso institucionalizado, os obstáculos a contornar continuam presentes de pedra e cal. Estes prendem-se, sobretudo, com o clima e cultura organizacional instituídos e falta de recursos financeiros, que acabam por se refletir não

só, na falta de recursos humanos adequados, em que o privilegiar uma equipa multidisciplinar e o investimento na constante requalificação dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros ao serviço das instituições de longa permanência para idosos, se assume como imperativo; como também na falta de infraestruturas adequadas ao desenvolvimento de atividades, apontadas como essenciais.

Em Portugal, ainda que com profissionais reconhecidos pela sua qualidade formativa e humana, as restrições orçamentais, associadas a um conjunto de leis, na maioria das vezes de difícil aplicabilidade, conferem pouca margem de manobra aos profissionais de saúde, no âmbito da sua atuação. Ainda que do pouco, consigam fazer muito, está-se muito aquém, de se conseguir conferir aos nossos idosos, o acesso a serviços sociais e de saúde, assentes numa abordagem multidisciplinar e intersetorial à pessoa idosa, onde esteja patente a equidade, aos mais diversos níveis. Neste muito aquém, resultante em grande medida, do clima e cultura organizacional que as instituições parecem ainda teimar em cultivar, reside a conotação ainda de significados pouco positivos, atribuídos a institucionalização. É quase como que um ciclo vicioso: a rigidez das regras instituídas, não permite ao idoso viver este novo lar como sendo seu; o enfermeiro, pessoa de maior proximidade do idoso neste contexto, e a quem cabe a maior quota de responsabilidade, no que diz respeito à aceitação desta nova realidade e promoção de um envelhecimento ativo, vê-se limitado no seu desempenho, por imperar o cumprimento dessas mesma regras. Na Suíça, ainda que gozando de uma maior saúde financeira, padece-se dos mesmos sintomas. No entanto, considerando o conteúdo e génese dos documentos analisados, parece ter-se já ultrapassado a fase da conscientização, para a fase da concretização. Tal reflete-se, no tipo de estrutura residencial adotada e na participação dos profissionais de enfermagem no delinear de estratégias que lhes permitam dar resposta aos idosos aí institucionalizados, pelo que somos levados a depreender que a maior dificuldade e maior obstáculo serão a mentalidade e a disponibilidade do profissional de enfermagem para as efetivar, justificada em parte, por a falta de uma formação específica, que lhe confira os conhecimentos necessários a serem mobilizados. A sua implementação requer tempo, conhecimento, diálogo, paciência e capacidade de aceitação.

Atingir os objetivos inerentes ao que se preconiza, como sendo um envelhecimento ativo e saudável, implica o respeito e preservação da autonomia da pessoa idosa. Os idosos devem ver reconhecida a sua autonomia e consequentemente verem respeitadas as suas convicções. Respeitar a autonomia da pessoa idosa, implica perceber que as suas decisões, as suas escolhas e objetivos, estão intrinsecamente associadas aos seus princípios e valores, os quais devem ser

respeitados, sem juízos de valor, independentemente do espaço físico onde habitam. O idoso vê muitas vezes, por vezes demasiadas, limitada a sua capacidade de autonomia, a sua participação no processo de tomada de decisões.

Este estudo, veio corroborar que esta limitação é, na maioria das vezes, imposta pelas próprias instituições, refletindo-se no desempenho dos que se constituem como seus cuidadores formais. Identificada a fonte de limitação, impera identificar práticas que nos redirecionem, em suma, práticas que na perspectiva do enfermeiro, contribuem para uma institucionalização que preserve a autonomia, direito à realização pessoal e participação ativa do idoso na vida da comunidade, promovendo um envelhecimento ativo. São alvo de relevo, práticas contextualizadas, que premeiem atividades de lazer, atividades que permitam ao idoso desenvolver habilidades para realizar as suas atividades de vida diária e a inclusão dos idosos na comunidade. Desenvolver ações mais próximas e sensíveis às necessidades de cada um dos idosos institucionalizados, capacitadoras da sua autonomia e independência, tendo como fim um envelhecimento ativo e saudável, constitui-se, na atualidade, um verdadeiro desafio à institucionalização. Urge, por isso, a conscientização dos mesmos, para as consequências negativas que advêm da perda de autonomia do idoso e de como a preservação da mesma, resulta num benefício conjunto. É necessário ajudar os nossos idosos a continuarem a ser felizes a ocuparem-se com coisas válidas, coisas que os animem e ajudem a lutar contra e a prevenir doenças. Retardar os efeitos nocivos do envelhecimento, deve ser um objetivo a seguir e ganhar, sem, no entanto, descurar as inevitabilidades do envelhecimento. Vencer este desafio, passa pela (re)- organização ativa dos mais variados grupos sociais, pela participação consciente de todos os elementos civis e intervenientes políticos.

Na verdade, o que está em causa não é institucionalização em si, mas sim a garantia de que as respostas sociais existentes, disponham e garantam ao idoso institucionalizado, o acesso a equipamentos e serviços adequados, considerando as suas reais necessidades. Este, constituiu de momento, o maior desafio às respostas sociais existentes. É preciso humanizar, perceber que humanizando os serviços, as respostas sociais, para além de advir uma maior satisfação profissional, poderá advir uma maior rentabilidade dos serviços e respostas sociais existentes. Consideramos, só assim ser possível dar resposta às expectativas e às potencialidades das pessoas idosas, bem como às dos seus cuidadores. Necessitamos de comprometimento com a construção de políticas e estratégias assertivas, que garantam qualidade no atendimento e prestação de cuidados à pessoa idosa, contribuindo para a conquista da tão almejada qualidade de vida, considerada tónica do envelhecimento ativo. Devemos ser capazes de promover

compromissos comuns e partilhados e este é um desafio desejável de muitas gerações, que exige a consciencialização e contributo de todos e cada um de nós.

É-nos permitido afirmar, que o processo de institucionalização do idoso abarca consigo uma série de repercussões, que se refletem no perfil do idoso, e que quando não consideradas, podem resultar num baixo nível de satisfação com a o seu percurso final de vida, comprometendo o seu processo de envelhecimento ativo. Neste âmbito, o profissional de enfermagem, é considerado profissional estratégico e decisivo, na forma como o idoso vivencia todo o processo de institucionalização. O estudo desenvolvido, pelos resultados obtidos, deu resposta aos objetivos definidos e consequentemente à pergunta de partida, tida como fio condutor desta investigação, não nos sendo, no entanto, possível, dadas as limitações inerentes ao estudo qualitativo, generalizar as conclusões. Considerando serem já muitas e pertinentes, as necessidades e medidas levantadas, e atestadas pelos mais diversos sectores políticos, nacionais e europeus, como necessárias à promoção de um envelhecimento ativo, ficou por responder: qual é, na realidade, o maior entrave à sua implementação? Se as políticas atuais de saúde, assentam na promoção de um envelhecimento ativo, ao longo de todo o ciclo de vida, porque continua a prevalecer nas instituições, um clima e cultura organizacional que condiciona, quer profissionais de saúde, quer idosos, a vivenciar e caminhar no sentido de um Envelhecimento Ativo. As frustrações e vivências do profissional de enfermagem, serão por certo refletidas no seu futuro, influenciando a forma como este irá vivenciar o seu mesmo processo de envelhecimento, na medida em que este é um processo contínuo, transversal a todas as fases da vida. Será tão e somente uma questão de disponibilidade de recursos e/ou necessidade mudança de mentalidades, ou, estaremos a viver uma tamanha crise de valores, que a conduta humana assenta cada vez mais na vontade do parecer, do que no ser; na negação do inevitável, conduzindo-nos para uma sociedade, de visão tendencialmente reducionista e egocêntrica, em que os interesses individuais e a necessidade de fazer transparecer o que não se é, se sobrepõem e camuflam cada vez mais a necessidade de responder aos desafios inevitáveis, associados ao envelhecimento. Fica o desafio, para próximos estudos.

Envelhecer é, sem dúvida, o único meio de viver mais tempo, algo tão desejado, e que, corresponde, atualmente, a uma das maiores conquistas da humanidade. Vive-se hoje, a negação do objetivo atingido, redirecionando-nos para uma questão que tem tanto de filosófica, como de pertinente: se todos desejamos chegar à velhice, porque negamos que tenhamos lá chegado? Talvez a dificuldade resida na finitude da resposta e o eterno medo do desconhecido: a morte! Única certeza da vida, inevitabilidade do envelhecimento.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA DE REFERÊNCIA

- Almeida, M. (2012). *Envelhecimento e Dinâmicas Sociais – Envelhecimento Activo*. Manuscrito não publicado. Faculdade de Economia – Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Andrade., Araújo A. & Campos, K. (2011, outubro - dezembro). Estudo descritivo sobre a fragilidade de idosos assistidos em uma unidade de saúde da família. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, 1(4):470-481.
- Assis, M. (2004). *Promoção da Saúde e Envelhecimento: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/UERJ*. Tese de Doutorado, FIOCRUZ – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.
- Barbosa, S. (2010). *Humanização dos Cuidados de Enfermagem – A Perspectiva do Enfermeiro*. Manuscrito publicado em https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1934/2/PG_16661.pdf, Universidade Fernando Pessoa – Universidade Ponte de Lima. Faculdade de Ciências da Saúde.
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo* (3ª edição). São Paulo: Almedina Brasil.
- Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas – uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Blessmann, E. (2004). Corporeidade e envelhecimento: o significado do corpo na velhice. *Estud.interdiscip. envelhec.*, (6), 21-39.
- Bretanha, A., Amestoz, S. & Thumé, E, D. (2013). Envelhecimento populacional: um desafio para enfermagem. *Journal of Nursing and Health*, 3(2):213-220.
- Bogdan, C. & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação*. Porto: Porto Editora.
- Botelho, L.; Cunha, C. & Macedo, M. (2011, maio-agosto). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Revista Eletrônica Gestão e Sociedade*, 11 (V Volume), 121-136.
- Cabral, M.; Ferreira, P.; Silva, P.; Jerónimo, P. & Marques, T. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal: Uso do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Camacho, A. (2002, março-abril). A gerontologia e a interdisciplinaridade: aspectos relevantes para a enfermagem. *Rev.Latino-am Enfermagem*, 10 (2), 229-233.
- Camargo, F.; Iwamoto, H.; Galvão, C.; Pereira, G.; Andrade, R. & Masso, G. (2018). Competências e barreiras para a prática baseada em evidências na enfermagem: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4), 2148-2156.
- Campos, C. (2004, setembro-outubro). Método de Análise e Controlo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57 (5), 611-614.
- Cardão, S. (2009). *O Idoso Institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Collière, M. (1989). *Promover a Vida*. Paris: Inter Editions.
- Collière, M. – *Promover a vida* (3ª edição). Lisboa: Lidel, 1999

- Cooper, H. (1982). Scientific Guidelines for Conducting Integrative Literature Reviews. In *The American Educational Research Association*. Acedido em 3 de janeiro de 2018 em <URL: <http://www.eric.ed.gov/contentdelivery/servlet/ERICServlet?accno=ED216032>>
- Cunha, J.; Oliveira, J.; Nery, V.; Sena, E.; Boery, R. & Yarid, S. (2012). Autonomia do idoso e suas implicações éticas na assistência de enfermagem. *Saúde em Debate*, 95, 657-664.
- Direção-Geral da Saúde [DGS], (2004). *Portugal Idade Maior em Números - 2014*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde [DGS], (2014). Circular. Normativa: Programa Nacional para a Saúde de Pessoas Idosas (nº 13). Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde [DGS], (s.d). Envelhecimento activo- conceitos. In *DGS*. Acedido em 12 de Janeiro de 2018 em <https://www.dgs.pt/saude-no-ciclo-de-vida/envelhecimento-activo/conceitos.aspx>.
- Divisão de Informação Legislativa e Parlamentar [DILP], (2018). Apoio Sociais a Idosos: Enquadramento Internacional. Lisboa, Portugal: Assembleia República
- Duarte, M. (1994, maio). Atenção ao Idoso: um problema de saúde pública e de enfermagem. *Revista de Enfermagem*, 1 (IV Volume) 100-111.
- Evangelista, R.; Bueno, A.; Castro, P.; Nascimento, J.; Araújo, T & Aires, G. (2014). Percepções e vivências dos idosos residentes de uma instituição asilar. *Revista Escola Enfermagem USP*, 48, 85-91.
- Fernandes, V. (2014). Leis – Direitos dos Idosos. Acedido em 24 de Janeiro de 2018 em <https://vascofernandes.wordpress.com/lei-direitos-dos-idosos-c-r-portuguesa-l-nacional/>
- Faria, C. & Carmo, M. (2015, outubro-dezembro). Transição e (In)Adaptação ao Lar de Idosos. Um Estudo Qualitativo”. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31 (4), 435-442.
- Frade, J; Barbosa, P.; Cardoso, S. & Nunes, C. (2015, janeiro-março). Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (IV Série), 41-49.
- Freitas, C.; Silva, M.; Vieira, N.; Ximenes, L.; Brito, M. & Gubert, F. (2012). Evidências de ações enfermagem em promoção da saúde para um envelhecimento ativo: revisão integrativa. *Estud.interdiscip. envelhec.*, 2 (6), 265-277.
- Fundo de População das Nações Unidas [UNFPA] & HelpAge International, (2012). *Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio*. Brasil: Estação Gráfica.
- Fontaine, R. (2000) – *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa, Climepsi Editores.
- Fortin, M. (2006). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Germano et al. (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- George, F. (s.d). Envelhecimento activo. In *DGS*. Acedido a 20 de Janeiro de 2018 em <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/saude-do-idoso.aspx>
- Giddens, A. (1997, 2ª Edição). *Modernidade e Identidade Pessoal*. Loures: Lusociência.

- Gil, A. (2007). Envelhecimento Activo: Complementaridades e Contradições, Material de Apoio distribuído na Unidade Curricular Políticas Públicas e Envelhecimento Ativo, Curso de Mestrado em Gerontologia. Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Educação e Ciências Sociais, Portalegre, Ano-letivo 2017-2018.
- Guba & Lincoln. (1994); Denzin & Lincoln. (2011). Métodos e técnicas de recolha e tratamento de dados de índole qualitativa: Os paradigmas quantitativo e qualitativo, Material de apoio distribuído na Unidade Curricular Metodologias de Investigação, Curso de Mestrado em Gerontologia. Instituto Politécnico de Portalegre, Portalegre, Ano letivo 2017-2018.
- Hesbeen, Walter (2003). A Reabilitação – Criar Novos Caminhos. Loures: Lusociência.
- Hulley, S.; Cummings, S.; Brower, W.; Grady, D. & Newman, T. (2008). *Delineando a Pesquisa Clínica: Uma Abordagem Epidemiológica* (3ª edição). São Paulo, Artmed Editora.
- Imaginário, C.; Machado, P.; Rocha, M.; Antunes, C. & Martins, T. (2017, dezembro). Atividades de vida diária como preditores do estado cognitivo em idosos institucionalizados. *Revista Portuguesa de Enfermagem e Saúde Mental*, 18, 37-42.
- Instituto Nacional de Estatística [INE], (2002). *O Envelhecimento Em Portugal – Situação Demográfica E Socio-Económica Recente Das Pessoas Idosas*. In Revista de Estudos Demográficos. Disponível em https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_estudo_det&menuBOUI=13707294&contexto=es&ESTUDOSest_boui=106370&ESTUDOSmodo=2&selTab=tab1
- Instituto Nacional de Estatística [INE], (2018). *Estatísticas Demográficas 2017*. Acedido em 10 de Maio de 2018 em https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKEwjx35XTv9rkAhUit3EKHUDcDoMQFjABegQIABAC&url=https%3A%2F%2Fwww.ine.pt%2Fngt_server%2Fattachfileu.jsp%3Flook_parentBoui%3D349091718%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy&usg=AOvVaw3vzJdUR3IqZZ6sksE9iKCd
- Laranjeira, A.; Ferreira, B. & Roquete, C. (2009). Declaração dos Direitos do Homem. In *SlideShare*. Acedido em 22 de fevereiro de 2018 em <https://www.slideshare.net/MINV/declarao-dos-direitos-do-homem>
- Leite, S. (2003). Famílias em Portugal: breve caracterização sócio-demográfica com base nos Censos 1991 e 2001. In *Revista de Estudos Demográficos*, 33, 25-38. Disponível em https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_estudo_det&menuBOUI=13707294&contexto=es&ESTUDOSest_boui=106329&ESTUDOSmodo=2&selTab=tab1
- Lentsck, L.; Marcon, S. & Baratieri, T. (2018). Uso do estudo de caso qualitativo pela enfermagem brasileira: uma revisão integrativa. *Revista Enfermagem Atual*, 84, 107-122.
- Lima-Costa, M. & Veras, R. (2003). *Saúde pública e envelhecimento*. Cadernos de Saúde Pública.

- Mallmann, D.; Neto, N.; Sousa, J. & Vasconcelos, E. (2015, junho). Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. *Ciência e Saúde Coletiva*, 20 (6), 1763-1772.
- Martins, R. (2006). Educação, Ciência e Tecnologia – Envelhecimento e Políticas Sociais. In *IPV*. Acedido a 15 de janeiro de 2018 em www.ipv.pt/millennium/Millennium32/10.pdf
- Mendes, K.; Silveira, R. & Galvão, C. (2008, outubro-dezembro). Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. *Florianópolis*, 17 (IV Série), 758-764.
- Mendes, M.; Gusmão, J.; Faro, A. & Leite, R. (2005). A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta Paul Enferm.*, 18, 422-426.
- More, C. (2015). A entrevista em profundidade ou semiestruturada, no contexto da saúde – Dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação. *Atas CIAIQ*, (3), 126-131.
- Moreira, V., Nogueira, F. (2008, janeiro-fevereiro). Do indesejável ao inevitável: a experiência vivida do estigma de envelhecer na contemporaneidade. *Psicol. USP*, 19(1), 59-79.
- Neri, A. (2008). *Palavras-chave em Gerontologia*. Campinas: Campinas SP.
- Nunes, L. (2013). Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Setúbal, Portugal: Departamento de Enfermagem ESS/IPS.
- Ordem dos Enfermeiros (2006). Investigação em Enfermagem – Tomada de Posição. In *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido em 12 de Fevereiro de 2018 em http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (1999). Glossaire de la promotion de la santé. Genève, Suíça: OMS.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Genebra, Suíça: OMS.
- Pimentel, L. (2001). *O Lugar do Idoso na Família: Contextos e Trajectórias*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pinto, M. (2004). Demografia do envelhecimento. In *Revista Pretextos do Instituto da Segurança Social*. Acedido em 15 de maio de 2018, disponível em http://www.seg-social.pt/documents/10152/63443/revista_pretextos_17/15e63341-ec1e-46ef-939a-ec08ce5ceca9
- Quivy, Raymond & Campenhoudt, Luc Van (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (4ª Edição). Lisboa: Gradiva.
- Ribeiro, O. (2012). O envelhecimento ativo e os constrangimentos da sua definição. *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 33-52.
- Ribeiro, O.; Carvalho, F.; Ferreira, L.; Ferreira, P. (2008). Qualidade dos Cuidados de Saúde. In *Millennium – Revista do Instituto Politécnico de Viseu*. Acedido em 26 de janeiro de 2018 em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium35/7.pdf>
- Ribeiro, O. & Paúl, C. (2011). *Manual do Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel- edições técnicas, lda.
- Santos, R.; Aquino, D.; Coutinho, N.; Lages, J. & Corrêa, R. (2013, maio-agosto). Gerontologia e arte de cuidar em enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Res.Pesq. Saúde*, 14 (2), 118-123.

- Santos, S. (2000). Enfermagem gerontológica: reflexão sobre o processo de trabalho. *Revista gaúcha de Enfermagem*, 2 (21), 70-86.
- Santos, S.; Barlem, E.; Silva, B.; Cestari M. & Lunardi, V. (2008). Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriatrica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(4), 649-653.
- Segurança Social, (2016, abril). Idosos. In *Apoios Sociais e Programas*. Acedido em 15 janeiro de 2019, disponível em <http://www.seg-social.pt/idosos>.
- Schneider, R. & Irigaray, T. (2008, outubro a dezembro). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, 25, 585-593.
- Schweizerische Eidgenossenschaft- Bundesamt für Statistik [BFS] (2018). *Demos 1/2018, Aktives Altern*. Neuchâtel, Suíça: BFS.
- Schweizerische Rotes Kreuz & Bundesamt für Gesundheit [BAG] (2012). *A terceira idade na Suíça*. Wabern, Suíça: Schweizerische Rotes Kreuz.
- Segre, M. & Ferraz, F. (1997, outubro). O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 5 (31), 538-542.
- Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2017. Despacho Normativo nº 12427/2016 de 10 de julho: Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 *República Portuguesa*, 1-52.
- Silva, C.; Sousa, D & Bango, O. (2013). *A Enfermagem e os cuidados de proximidade- Enfermeiros/Idosos*. Tese de Licenciatura, Universidade do Mindelo (Curso de Licenciatura em Enfermagem), Mindelo.
- Silva, A. & Fossá, M. (2015). Análise de Conteúdo: Exemplo de Aplicação Técnica para a Análise de Dados Qualitativos. In *Qualitas Revista Eletrónica*. Disponível em <http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/2113/1403>
- Silva, D.; Vilela, A.; Nery, A.; Duarte, A.; Alves, M. & Meira, S. (2015). Dinâmica das relações familiares intergeracionais na ótica de idosos residentes no Município de Jequié (Bahia), Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(7), 2183-2191.
- Simões, P. (2010). *Envelhecer bem: um estudo sobre qualidade de vida e espiritualidade*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Aveiro-Secção Autónoma de Ciências de Saúde (Curso de Mestrado em Gerontologia), Aveiro.
- Sousa, A. (2012). Relação Enfermeiro-Idoso, Crenças e Valores. In *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido a 18 de Janeiro de 2018 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/Rela%C3%A7%C3%A3o%20Enfermeiro%20-%20Idoso,%20Cren%C3%A7as%20e%20Valores%20por%20enfermeira%20Dulce%20Silva.pdf>
- Sousa, L.; Vieira & Ribeiro, A. (2013). Prestar cuidados de enfermagem a pessoas idosas: experiências e impactos. *Saúde Soc.*, 3 (22), 866-877.
- Sousa, L.; Vieira, C.; Severino, S. & Antunes, A. (2017, novembro). A Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 17-26.
- Souza, M.; Silva, M & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, 8 (I Série), 102-106.

- Swissinfo (2016, 30 junho). O problema do envelhecimento da população na Suíça e no mundo. Acedido a 20 de novembro de 2018, disponível em https://www.swissinfo.ch/por/sociedade/em-números_um-planeta-grisalho-de-norte-a-sul/42200618
- Vega, J., & Martínez, B. (2000). *Desarrollo Adulto y Envejecimiento* (2ª ed.). Madrid: Editorial Síntesis.
- Unger, R. (2019). Breve estudo filosófico sobre a elaboração de categorias em revisões da literatura: a perspectiva da ciência da informação. *LOGEION: Filosofia Da Informação*, 2 (5), 148-158. doi: <https://doi.org/10.21728/logcion.2019v5n2.p148-158>.
- Wikipédia (2010). Gerontologia. In *Wikipédia*. Acedido a 6 de fevereiro de 2018 em <https://pt.wikipedia.org/wiki/Gerontologia>
- World Health Organization [WHO] (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de Saúde*. (1ª edição traduzida por Gontijo, S. para português). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. (Original publicado em 2002).
- Zimerman, G. (2000, reimpressão 2007: recurso eletrônico). *Velhice aspectos biopsicossociais*. Brasil, Porto Alegre: Artemed Editora.

BIBLIOGRAFIA ANÁLISE DOCUMENTAL

- ^{A1} Antunes, M. (2017). Educação e bem-estar na terceira idade. *Revista Kairós Gerontologia*, 20 (1), 155-170.
- ^{A2} Tótora, S. (2017). Envelhecimento ativo: proveniências e modulação da subjetividade. *Revista Kairós Gerontologia*, 20(1), 239-258.
- ^{A3} Ilha, S., Argenta, C., Silva, M., Vaz, M., Pelzen M. & Backes, D. (2016). Envelhecimento activo: reflexão necessária aos profissionais de enfermagem/saúde. *Revista de Pesquisa Cuidar é Fundamental Online*, 8(2),4231- 4242.
- ^{A4} Ferreira, O., Maciel, S., Silva, A., Santos, W. & Moreira, M. (2010, dezembro). O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 44 (4),1065-1069.
- ^{A5} Renovato, R. & Bagnato, M. (2009, janeiro-março). As práticas de bioascense e a Constituição do idoso ativo. *Revista Ciência Cuidado e Saúde*, 8 (1):138-143.
- ^{A6} Bidel, R., Tomicki, C., Pichler, N. & Portella, M. (2016). Envelhecimento ativo na concepção de um grupo de enfermeiros. *Revista Kairós Gerontologia – Envelhecimento e velhice*, 19 (nº 22), 207-225.
- ^{A7} Santos, G., Santana, R. & Broca, P. (2016, julho-setembro). Capacidade de execução das atividades instrumentais de vida diária em idosos: Etnoenfermagem. *Escola Anna Nery*, 20 (13), 1-7.
- ^{A8} Dourado, M., Oliveira, A. & Menezes, T. (2015). Percepção dos graduandos de enfermagem sobre o seu envelhecimento. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68 (2), 278-283
- ^{A9} Medeiros, F., Oliveira, J., Lima, M. & Nóbrega, M. (2015, março). O cuidar de pessoas idosas institucionalizadas na percepção da equipe de enfermagem *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36 (1), 56-61.

- ^{A10} Benevides, K., Ibiatina A., Sousa, S., Medina, Y. & Ataíde, K. (2019, março). Quadro Clínico de Idosos em uma Instituição de Longa Permanência. *Journal of Nursing*, 13 (3), 594-603.
- ^{A11} Alcântara R., Cavalcante, M., Fernandes, B., Lopes, V., Leite, S. & Borges, C. (2019, março). Perfil Sociodemográfico de Saúde de Idosos Institucionalizados. *Journal of Nursing*, 13 (3), 674-679
- ^{A12} Lopes, V., Scofield, A., Alcântara, R., Fernandes, B., Leite, S. & Borges, C. (2018, setembro). O que levou os idosos à Institucionalização? *Revista de Enfermagem*, 12 (9), 2428-2435.
- ^{A13} Macêdo, L., Costa, M., & Vieira, G. (2018, abril-junho). Relação entre a capacidade funcional e a institucionalização da pessoa idosa: uma revisão integrativa. *Cuidado é fundamental*, 10 (2), 542-548.
- ^{A14} Lima, A., Gomes, K., Pereira, F., Barros L., Silva, M. & Frota N. (2017). Avaliação Nutricional de Idosos Residentes em Instituições de Longa Permanência. *Revista Baiana de Enfermagem*, 31 (4), 1-9.
- ^{A15} Almeida, C., Silva, F., Souza, V., Santos, V., Lago, E. & Moreira, W. (2017, setembro-outubro). Significados atribuídos por profissionais de saúde ao processo de envelhecimento de idosos institucionalizados. *Revista Rene*, 18 (5), 639-646.
- ^{A16} Carrara, B. & Santo, P. (2016, maio). Velhice Institucionalizada em Tempos Pós-Modernos: A Identidade em Universo Paralelo? *Revista de Enfermagem*, 10 (5), 1672-1684.
- ^{A17} Sousa, J., Stremel, A., Greden, C., Borges, P., Reche, P. & Silva, J. (2016, maio-junho). Risco para as quedas e fatores associados em idosos institucionalizados. *Revista Rene*, 17(3), 416-421.
- ^{A18} Mendes, R. & Noveli, M. (2015). Perfil cognitivo e funcional de idosos moradores de uma instituição de longa permanência para idosos. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 23 (4), 723-731.
- ^{A19} Zimerman, I., Leal, M., Zimerman, M., Marques, A. & Gomes, E. (2015, dezembro). Fatores Associados ao Comprometimento Cognitivo em Idosos Institucionalizados: Revisão Integrativa. *Revista de Enfermagem*, 9 (12), 1320-1328.
- ^{A20} Broering, J., Rachadel, T., Luza, M. & Piazza, L. (2015). Influência da institucionalização e da prática de atividade física no equilíbrio e na mobilidade funcional de idosos. *ConScientiae Saúde*, 14 (3), 417-424.
- ^{A21} Cordeiro, L.; Paulino, J., Bessa, M., Borges, C. & Leite, S. (2015). Qualidade de vida do idoso fragilizado e institucionalizado. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28 (4), 361-366.
- ^{A22} Fagundes, K., Esteves, M., Ribeiro, J., Siepierski C., Silva, J. & Mendes, M. (2017, abril). Instituições de longa permanência como alternativa no acolhimento das pessoas idosas. *Revista de Salud Pública*, 19 (2), 210-214.
- ^{A23} Saliba, T., Machado, A., Moimaz, S. & Saliba, N. (2018). Concentrações de cortisol, salivar de idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Revista Cubana de Estomatologia*, 55 (3), 1-12.
- ^{D1} Gesundheitsförderung Schweiz (2017). *Gesundheit und Lebensqualität im Alter fördern-Eine Broschüre für Gemeinden zur Förderung der Gesundheit und Lebensqualität im Alter*. Bern: Suiça.

- ^{D2} Höpflinger, F. (2012) *Aktives Altern - neue Leitbilder für neue Generationen älterer Menschen, Newsletter Demos, (1)*. Suíça: Zurique.
- ^{D3} Gesundheitsförderung Schweiz (2016). *Gesundheit und Lebensqualität im Alter*. Bern: Suíça.
- ^{D4} World Health Organization [WHO] (2002). *Aktiv Altern: Rahmenbedingungen Und Vorschläge Für Politisches Handeln*. Genf: Suíça, Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz für Senioren- und Bevölkerungspolitik.
- ^{D5} World Health Organization [WHO] (2016). *Dossier Gesund altern in der Schweiz*. Material de Apoio ao Enfermeiros e Idosos residentes, distribuído no grupo de cuidados PG – CSEB.
- ^{D6} Center da sandà Engiadina Bassa [CSEB] (2015). Betriebskonzept Gruppa da chüra Rören-Zernez. *Gruppa da chüra*, 1-8.
- ^{D7} Center da sandà Engiadina Bassa [CSEB] (2018). Richtlinien für verantwortliches Handeln gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern. *Gruppa da chüra*, 3^a série, 1-5.
- ^{D8} Center da sandà Engiadina Bassa [CSEB] (2019). Konzept Pflege & Betreuung Stationäre Langzeitpflege CSEB. *Gruppa da chüra*, 1-7.
- ^{D9} Center da sandà Engiadina Bassa [CSEB] (2016). Die Rechte unserer Bewohner. *Gruppa da chüra*, 1- 4.
- ^{D10} Center da sandà Engiadina Bassa [CSEB] (2014). Gesundheitsforderung uns Prävention im Alter. *Beratungsstelle Pflege & Betreuung*, 1- 3.
- ^{D11} Center da sandà Engiadina Bassa [CSEB] (2016). Pflegeleitbild Gruppa da chüra Rören. *Gruppa da chüra Rören*, 1.
- ^{D12} Ministério da Solidariedade e da Segurança Social (2012). Portaria n.º 67/2012 de 21 de março. *Diário da República*, 1.^a série, n.º 58, 1324-1329.
- ^{D13} Ministério da Solidariedade e da Segurança Social (2015). Portaria n.º 196-A/2015 de 1 de julho. *Diário da República*, 1.^a série, n.º 126, 4654(2) -4564(12).

APÊNDICES

Apêndice I – Guião da Entrevista

Guião de Entrevista		
Temas	Questões	Questões Secundárias
Objetivo 1 - Compreender o que os enfermeiros consideram ser um envelhecimento ativo	Pergunta 1 - Como define o conceito “envelhecimento ativo”? Pergunta 2 - O que é para si envelhecer ativamente?	
Objetivo 2 - Caracterizar o papel do enfermeiro na promoção e processo do envelhecimento ativo, junto ao idoso institucionalizado	Pergunta 3 - Qual é para si o papel do enfermeiro na promoção do envelhecimento ativo, junto ao idoso institucionalizado?	Pergunta 3.1 - Sente dificuldades no desempenho desse papel? Quais? Pergunta 3.2 - Que importância atribui à relação estabelecida Idoso-Enfermeiro em todo este processo?
Objetivo 3 - Identificar práticas, que na perspectiva do enfermeiro, contribuem para uma institucionalização que preserve a autonomia, direito à realização pessoal e participação ativa do idoso na vida da comunidade, promovendo um envelhecimento ativo	Pergunta 4 - Que medidas são, no seu entender, necessárias desenvolver numa instituição de forma a promover o envelhecimento ativo? Pergunta 5 - De que meios dispõe a instituição onde trabalha para dar resposta ao que a OMS preconiza como sendo um envelhecimento ativo?	Pergunta 5.1 - Considera esses meios suficientes e adequados? Pergunta 5.2 - Quais os projetos desenvolvidos ou a desenvolver na instituição nesse sentido?
Objetivo 4 - Identificar fatores que, na perspectiva do enfermeiro, contribuem para a conotação, mais ou menos negativa, que o idoso atribui à institucionalização e podem influenciar o seu processo de envelhecimento ativo.	Pergunta 6 - Na sua opinião porque é que o idoso continua a atribuir uma conotação tão negativa à institucionalização?	Pergunta 6.1 - Em que medida é que o enfermeiro pode contribuir para a desmistificação negativa da institucionalização?
Objetivo 5 – Caracterizar, na perspectiva do enfermeiro, a influência do clima e cultura organizacional das instituições no processo de envelhecimento ativo	Pergunta 7 - Considera que o seu desempenho, enquanto profissional de enfermagem, se encontra condicionado pelo ambiente e cultura organizacional, da instituição onde trabalha? Como e porquê? Pergunta 8 - Projetando-se no futuro, e surgindo a institucionalização na sua vida como única escolha, a instituição onde trabalha surgiria para si como opção natural?	Pergunta 7.1 - Esse mesmo ambiente e cultura, permite ao idoso participar na discussão, implementação e organização de novos projetos? Pergunta 8.1 -Considera que seria preservada a sua autonomia, o seu direito à realização pessoal e a sua participação ativa na vida da comunidade? Como e porquê?

Apêndice II – Grelha Teórica do Estudo

Categorias		Subcategorias	Objetivo Geral
Conceito de Envelhecimento ativo		<ul style="list-style-type: none">- Concepção de Envelhecimento ativo, pelos profissionais de enfermagem;- Significados atribuído pelos profissionais de enfermagem ao processo de envelhecimento ativo.	Refletir sobre o efeito da institucionalização do idoso no processo de envelhecimento ativo, na perspectiva do profissional de enfermagem
Objetivos Específicos	Compreender o que os enfermeiros consideram ser um envelhecimento ativo.		
Questões de Entrevista e Investigação	Pergunta 1 – Como define o conceito “envelhecimento ativo”?		
	Pergunta 2 – O que é para si envelhecer ativamente?		
	Qual a definição atribuída, pelos profissionais de enfermagem ao conceito de envelhecimento ativo?		
		O que entendem os profissionais de enfermagem por envelhecer ativamente?	
Representações da Institucionalização e do idoso Institucionalizado		<ul style="list-style-type: none">- Fatores que conduzem à institucionalização do idoso;- Perfil do idoso institucionalizado;- Fatores que influenciam a conotação atribuída pelo idoso à institucionalização.	
Objetivos Específicos	- Identificar fatores que, na perspectiva do enfermeiro, contribuem para a conotação, menos positiva, que o idoso atribui à institucionalização e podem influenciar o seu processo de envelhecimento ativo.		
Questões de Entrevista e Investigação	Pergunta 6 - Na sua opinião o que pode levar o idoso a atribuir uma conotação menos positiva à institucionalização?		
	Pergunta 6.1 - Em que medida é que o enfermeiro pode contribuir para a desmistificação negativa da institucionalização?		
	- Qual a importância da promoção de um envelhecimento ativo, junto ao idoso institucionalizado?		
		- Qual o significado atribuído pelo idoso à institucionalização, na perspectiva do profissional de enfermagem?	
Promoção de um Envelhecimento Ativo no contexto da Institucionalização		<ul style="list-style-type: none">- Práticas para uma institucionalização bem-sucedida;- Medidas a implementar;- Meios disponíveis;- Influência do clima e cultura organizacional.	
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none">- Identificar práticas, que na perspectiva do enfermeiro, contribuem para uma institucionalização que preserve a autonomia, direito à realização pessoal e participação ativa do idoso na vida da comunidade, promovendo um envelhecimento ativo;- Caraterizar, na perspectiva do enfermeiro, a influência do clima e cultura organizacional das instituições no processo de envelhecimento ativo.		

Questões de Entrevista e Investigação	<p>Pergunta 4- Que medidas são, no seu entender, necessárias desenvolver numa instituição de forma a promover o envelhecimento ativo?</p> <p>Pergunta 5- De que meios dispõe a instituição onde trabalha para dar resposta ao que a OMS preconiza como sendo um envelhecimento ativo?</p> <p>Pergunta 5.1 - Considera esses meios suficientes e adequados?</p> <p>Pergunta 5.2 - Quais os projetos desenvolvidos ou a desenvolver na instituição nesse sentido?</p> <p>Pergunta 7 - Considera que o seu desempenho, enquanto profissional de enfermagem, se encontra condicionado pelo ambiente e cultura organizacional, da instituição onde trabalha? Como e porquê?</p> <p>Pergunta 7.1 - Esse mesmo ambiente e cultura, permite ao idoso participar na discussão, implementação e organização de novos projetos?</p> <p>Pergunta 8 - Projetando-se no futuro, e surgindo a institucionalização na sua vida como única escolha, a instituição onde trabalha surgiria para si como opção natural?</p> <p>Pergunta 8.1-Considera que seria preservada a sua autonomia, o seu direito à realização pessoal e a sua participação ativa na vida da comunidade? Como e porquê?</p> <p>- Qual a influência do clima e cultura organizacional, da instituição, no processo de envelhecimento ativo?</p>	Refletir sobre o efeito da institucionalização do idoso no processo de envelhecimento ativo, na perspetiva do profissional de enfermagem
O Profissional de Enfermagem na promoção de um envelhecimento ativo junto ao idoso institucionalizado	<ul style="list-style-type: none"> - Papel do enfermeiro - Importância da relação estabelecida Profissional de Enfermagem-Idoso - Dificuldades sentidas - Limitações ao desempenho do profissional de Enfermagem. 	
Objetivos Específicos	<p>- Caracterizar o papel do enfermeiro na promoção e processo do envelhecimento ativo, junto ao idoso institucionalizado</p>	
Questões de Entrevista e Investigação	<p>Pergunta 3 - Qual é para si o papel do enfermeiro na promoção do envelhecimento ativo, junto ao idoso institucionalizado?</p> <p>Pergunta 3.1 - Sente dificuldades no desempenho desse papel? Quais?</p> <p>Pergunta 3.2- Que importância atribui à relação estabelecida Idoso-Enfermeiro em todo este processo?</p> <p>- Qual o papel do profissional de enfermagem na promoção e processo de envelhecimento ativo, junto ao idoso institucionalizado?</p>	

Apêndice III – Documentos Selecionados para o Estudo

Tabela III - Pesquisa documental: Estudos Seleccionados

Local de Pesquisa	Tipo de documento	Formato do Documento	Documentos para Análise: Título
CSEB- Pflegegruppe Röven	Guidelines nacionais: Suíça	Digital	1. Kommunale Netzwerke für ältere Menschen aufbauen - Eine Broschüre für Gemeinden zur Förderung der Gesundheit und Lebensqualität im Alte (Construindo redes comunitárias para os idosos - Uma brochura para as Gemeinden promoverem a saúde e a qualidade de vida nos idosos)
		Digital	2. Aktives Altern - neue Leitbilder für neue Generationen älterer Menschen (Envelhecimento ativo - novos modelos para novas gerações de idosos)
		Digital	3. Gesundheit und Lebensqualität im Alter (Saúde e qualidade de vida na velhice)
CSEB- Pflegegruppe Röven	Guidelines Europeias	Digital	4. Aktiv Altern: Rahmenbedingungen und Vorschläge für Politisches Handeln (Envelhecimento Activo: Condições E Propostas Para As Actividades Políticas).
		Digital	5. Dossier Gesund altern in der Schweiz (Dossier Envelhecimento saudável na Suíça)
CSEB- Pflegegruppe Röven	Guidelines internas/ diretrizes/ regras	Digital	6. Betriebskonzept Grupp da chüra „Röven “Zernez (Conceito do grupo Grupp da chüra "Röven" Zernez)
		Digital	7. Richtlinien für verantwortliches Handeln gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern (Diretrizes para um comportamento responsável com os moradores)
		Papel	8. Konzept Pflege & Betreuung (Conceito Cuidado & Assistência)
		Digital	9. Die rechte unsere Bewohner (Os direitos dos nossos moradores)
		Papel	10. Gesundheitsförderung und Prävention im Alter (Promoção da saúde e prevenção na velhice)
		Digital	11. Leitbild Pflegegruppe Röven (Declaração de Missão PGR)
Instituição Portuguesa	Diretrizes	Digital	12. Portaria 67/2012, Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social (condições de organização, funcionamento e instalação das estruturas residenciais para pessoas)
		Digital	13. Portaria 196-A/2015, Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social (critérios, regras e formas em que assenta o modelo específico da cooperação estabelecida entre o Instituto da Segurança Social, I. P. (ISS, I. P.) e as instituições particulares de solidariedade social ou legalmente equiparadas)

Tabela IV- Estudos Selecionados para a RI

Biblioteca Virtual	Base de Dados	Artigos Seleccionados
BVS	LILACS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Educação e bem-estar na terceira idade 2. Envelhecimento ativo: proveniências e modulação da subjetividade 3. Envelhecimento ativo: reflexão necessária aos profissionais de enfermagem/saúde 4. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes 5. As práticas de bioescase e a constituição do idoso ativo
	Index Psicologia-Periódicos técnico científicos	<ol style="list-style-type: none"> 6. Envelhecimento ativo na concepção de um grupo de enfermeiros
Scielo		<ol style="list-style-type: none"> 7. Capacidade de execução das atividades instrumentais de vida diária em idosos: Etnoenfermagem 8. Percepção dos graduandos de enfermagem sobre o seu envelhecimento 9. O cuidar de pessoas idosas institucionalizadas na percepção da equipe de enfermagem
EBSCOhost	CINAHL Complet	<ol style="list-style-type: none"> 10. Quadro clínico de idosos em uma instituição de longa permanência 11. Perfil sociodemográfico e de saúde de idosos institucionalizados 12. O que levou os idosos à institucionalização? 13. Relação entre a capacidade funcional e a institucionalização da pessoa idosa: uma revisão integrativa 14. Avaliação nutricional de idosos residentes em instituições de longa permanência 15. Significados atribuídos por profissionais de saúde ao processo de envelhecimento de idosos institucionalizados

		<p>16. Velhice institucionalizada em tempos pós-modernos: a identidade em universo paralelo?</p> <p>17. Risco para quedas e fatores associados em idosos institucionalizados</p> <p>18. Perfil cognitivo e funcional de idosos moradores de uma instituição de longa permanência para idosos</p> <p>19. Fatores associados ao comprometimento cognitivo em idosos institucionalizados: revisão integrativa</p> <p>20. Influência da institucionalização e da prática de atividade física no equilíbrio e na mobilidade funcional de idosos</p> <p>21. Qualidade de vida do idoso fragilizado e institucionalizado</p>
	MedicLatina	<p>22. Instituições de longa permanência como alternativa no acolhimento das pessoas idosas</p> <p>23. Concentrações de cortisol salivar de idosos institucionalizados e não institucionalizados</p>

Apêndice IV – Matrizes de Síntese Análise Documental

Tabela V- Matriz de Síntese: Pesquisa Documental

Título / Autor / Fonte/Ano Publicação	Principais resultados- Unidades de análise	Código
<p>Kommunale Netzwerke für ältere Menschen aufbauen - Eine Broschüre für Gemeinden zur Förderung der Gesundheit und Lebensqualität im Alte</p> <p>(Construindo redes comunitárias para os idosos - Uma brochura para as Gemeinden promoverem a saúde e a qualidade de vida nos idosos)</p>	<p>“Para a saúde das pessoas idosas é importante, além dos serviços médicos tradicionais, promover o desenvolvimento de oportunidades de movimento e reuniões, redes de vizinhança, atividades voluntárias, atividades culturais e de lazer e a redução de barreiras estruturais de mobilidade.”</p> <p>“O objetivo é desenvolver e implementar novas ideias e ofertas a partir dos recursos disponíveis, o que beneficiará todos os habitantes da sua comunidade.”</p> <p>“É crucial tornar a rede atraente para os parceiros a longo prazo. As ofertas devem levar em conta as necessidades da comunidade e as necessidades dos idosos. Em reuniões regulares de rede, o conteúdo das ofertas deve ser desenvolvido e, ocasionalmente, devem ser definidas novas prioridades.”</p>	D1
<p>Aktives Altern - neue Leitbilder für neue Generationen älterer Menschen</p> <p>(Envelhecimento ativo - novos modelos para novas gerações de idosos)</p>	<p>“Os principais objetivos deste Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações são preservar a vitalidade dos idosos, reforçar a sua participação na sociedade e eliminar as barreiras entre as gerações.”</p> <p>“Neste contexto, o Serviço Estatístico Federal (BFS) decidiu publicar três boletins de demonstrações sobre o envelhecimento ativo. A primeira edição trata do comportamento cultural e social dos idosos, a segunda da situação econômica e ocupacional dos idosos e a terceira trata da mobilidade e da participação e exclusão social da geração mais velha.”</p> <p>“Isso é reforçado pelos resultados gerontológicos, que mostram que estratégias de vida orientadas para a saúde e para a atividade influenciam positivamente os processos de envelhecimento.”</p> <p>“Enquanto o envelhecimento costumava ser passivamente aceito, o envelhecimento de hoje é percebido como um fator influenciável, e as ideias sobre a idade de aposentadoria como "reforma" estão cada vez mais sendo substituídas por modelos (orientados para o desempenho) de uma fase ativa de vida pós-emprego.”</p>	D2

	<p>“o envelhecimento está sujeito a rápidas mudanças sociais; seja porque as transições para a fase pós-emprego da vida mudam, seja porque novos modelos de competência gerontológica abrem mais possibilidades para a modelagem ativa dos estágios posteriores da vida.”</p> <p>“Enquanto o envelhecimento costumava ser aceito passivamente e quase fatalisticamente, hoje é cada vez mais entendido como um processo que pode ser ativamente moldado ou ativamente moldado, como os conceitos gerontológicos sugerem para a plasticidade do envelhecimento.”</p> <p>“Assim, vida pós-emprego e as formas de vida estão sujeitas a mudanças crescentes, e comportamentos - como sexualidade, aprendizagem, fitness, roupas da moda, transporte e mobilidade residencial - que costumavam ser abertos apenas a adultos jovens - estão entre os pré-requisitos para o “envelhecimento bem-sucedido”.”</p> <p>“(…) com um grupo cada vez maior de mulheres e homens mais velhos, os novos modelos de envelhecimento ativo e criativo estão levando a uma reformulação significativa do estágio de vida pós-emprego.”</p> <p>“Os conceitos de "envelhecimento bem-sucedido" enfatizam as oportunidades individuais, também passar os últimos anos de vida em boa saúde mental e física, desde que as atividades sociais, a nutrição, os exercícios e os processos de aprendizado sejam adaptados à idade.”</p> <p>“Aposentadoria não significa mais reforma e retiro, mas sim uma fase da vida com diversas e coloridas possibilidades (...).A idade - e especialmente a idade saudável para a aposentadoria - não é apenas uma fase de déficits e perdas, mas também uma fase em que novas oportunidades emergem e habilidades previamente negligenciadas - como contatos sociais, jardinagem, educação, etc. - e podem ser vivenciadas.”</p> <p>“Um envelhecimento ativo só é possível principalmente se as pessoas tiverem uma expectativa de vida saudável relativamente longa e forem economicamente bem protegidas na velhice.”</p> <p>“O envelhecimento ativo e as estruturas sociais e de saúde que funcionam bem estão intimamente ligados e, conseqüentemente, os modelos de envelhecimento ativo são mais comuns, especialmente em estados de bem-estar social altamente desenvolvidos com uma expectativa de vida longa e saudável.”</p>	
--	--	--

	<p>“Em uma sociedade dinâmica, os processos biológicos, psicológicos e sociais do envelhecimento são muito diferentes, e uma característica fundamental do envelhecimento hoje é a diferença marcante entre pessoas da mesma idade.”</p> <p>“De acordo com suas experiências de vida anteriores, as pessoas lidam com o envelhecimento de forma diferente e, dependendo dos sucessos ou fracassos profissionais, familiares e sociais, a segunda metade da vida tem um caráter diferente. As pessoas, com o aumento da idade, não se tornam mais iguais, mas desiguais; um ponto que tem sido enfatizado pela gerontologia diferencial há anos.”</p> <p>“(…) as tradicionais imagens negativas da velhice estão cada vez mais voltadas para a velhice em idade mais avançada, onde devido às limitações relacionadas à idade há claras limitações da liberdade criativa individual e a solidariedade eticamente responsável torna-se mais central. Não há, portanto, idade como uma quantidade social clara, mas existem desenvolvimentos de valor e estrutural diferentes e às vezes contraditórios, dependendo da faixa etária.”</p> <p>“O problema do envelhecimento surge de uma declaração demográfica que se aplica à maioria dos países industrializados: embora seja gratificante que a expectativa de vida esteja aumentando constantemente, os aposentados estão-se tornando mais numerosos em relação à população em idade ativa.”</p> <p>“Na Suíça, a promoção do envelhecimento ativo na política social já é perceptível.”</p> <p>“Manter um papel ativo na sociedade não envolve apenas o contato social, mas também proporcionar às pessoas idosas a oportunidade de viverem de maneira independente, tanto quanto possível. A AHV também concede subsídios nessa área, a saber, cursos que atendem o autocuidado e o estabelecimento de contato com o meio ambiente. A promoção da vida ativa e independente pelo maior tempo possível também é um equívoco do princípio do seguro social na Suíça.”</p> <p>“O desafio é coletivo e individual. O envelhecimento ativo significa que a aposentadoria é um estágio da vida que precisa ser moldado e fortalecido. Nesse sentido, a idade não é um período homogêneo; ele é composto de diferentes fases, que são associadas a restrições às vezes drásticas que cada pessoa manipula de forma diferente.”</p>	
--	---	--

	<p>“(…)é de enfatizar que o processo de envelhecimento é muito individual, sendo influenciado pelas experiências e pelas circunstâncias de vida de todo o ciclo de vida, e para muitas pessoas ainda é moldável até uma idade avançada.”</p> <p>“(…) para que a Suíça, ao seu próprio ritmo e de acordo com suas próprias ideias, possa promover condições favoráveis para o envelhecimento ativo.”</p> <p>“O envelhecimento é mais do que nunca um processo dinâmico, caracterizado não só pelas perdas, mas também por novas possibilidades.”</p>	
<p>Gesundheit und Lebensqualität im Alter</p> <p>(Saúde e qualidade de vida na velhice)</p>	<p>“Os idosos são o grupo populacional que mais cresce. Mulheres e homens na Suíça não só vivem mais, como também permanecem saudáveis por mais tempo. A promoção da saúde na velhice quer estabilizar ainda mais a saúde e o bem-estar individual na velhice, para que os idosos tenham o maior tempo possível de alto grau de autonomia e qualidade de vida.”</p> <p>“A "idade" e o "envelhecimento" dificilmente podem ser padronizados, pois o processo de envelhecimento e a situação de vida na velhice são caracterizados por sua própria biografia e características pessoais.”</p> <p>“(…)as pessoas vivem de maneira diferente, envelhecem de forma diferente e enfrentam diferentes realidades da vida quando são mais velhas.”</p> <p>“(…) supõe-se que as diferenças de saúde na velhice são maiores do que em qualquer outra fase da vida anterior. A promoção da saúde é necessária para levar em conta a heterogeneidade dos idosos e orientar-se para a meta da equidade em saúde.”</p> <p>“Hoje, a maioria dos maiores de 65 anos vive em casa. No geral, apenas 6% das pessoas em idade de reforma vivem num lar de idosos.”</p> <p>“Especialmente na velhice, a saúde não é sinônimo da ausência de doenças, enfermidades e doenças. Enquanto o declínio físico e cognitivo afeta a saúde, existem outras características importantes da saúde do envelhecimento. Estes incluem bem-estar subjetivo, satisfação com a vida e o manejo bem-sucedido de desafios sociais, físicos e emocionais.”</p>	<p>D3</p>

	<p>“A saúde resulta, assim, da relação dinâmica entre recursos e encargos internos e externos. Os dados mostram que os idosos na Suíça não apenas vivem mais, mas também permanecem saudáveis por mais tempo.”</p> <p>“A promoção da saúde na velhice está comprometida em fortalecer e estabilizar o desenvolvimento positivo da saúde na velhice. O objetivo é que os idosos possam passar os anos de vida ganhos o maior tempo possível, com boa saúde e alta qualidade de vida.”</p> <p>“Isso não apenas aumenta o bem-estar individual, mas também permite que os idosos continuem a ter um papel ativo na sociedade, dependendo de suas necessidades pessoais.”</p> <p>“A saúde e o bem-estar na velhice são caracterizados por todo o ciclo de vida individual. Mas, mesmo após a aposentadoria, a saúde pode ser melhorada ou, pelo menos, mantida por meio de promoção e prevenção direcionada à saúde.”</p> <p>“A promoção da saúde holística na velhice aumenta a probabilidade de as pessoas passarem o terceiro e quarto anos da velhice vivendo de forma independente em casa, socialmente integradas e ativas, com boa saúde e com alta qualidade de vida.”</p> <p>“Ao mesmo tempo, a promoção da saúde na velhice é capaz de prevenir doenças físicas e mentais, atrasar internações e reduzir a necessidade de cuidados. Além disso, os idosos saudáveis e autossuficientes são mais capazes de fazer contribuições importantes para a sociedade.”</p> <p>“Os custos de cuidados de longo prazo para maiores de 65 anos (lares de idosos e Spitex) totalizam cerca de 9,5 bilhões de francos, o que representa aproximadamente 14% do total de custos com os cuidados de saúde.”</p>	
<p>Aktiv Altern: Rahmenbedingungen und Vorschläge für Politisches Handeln</p> <p>(Envelhecimento Ativo: Condições E Propostas Para As Atividades Políticas)</p>	<p>“Pessoas da mesma faixa etária têm diferenças significativas em sua saúde, participação na vida ativa e seu grau de independência. Decisões sobre políticas e programas para idosos devem levar isso em conta. As políticas sociais baseadas exclusivamente na idade biológica podem ter efeitos levemente discriminatórios e contraproducentes sobre o bem-estar dos idosos.”</p> <p>“Se o envelhecimento deve ser percebido positivamente, uma vida mais longa deve ser acompanhada de oportunidades para manter uma boa saúde, participar ativamente na vida social e manter a</p>	D4

	<p>segurança pessoal. A OMS adotou o termo "envelhecimento ativo", a fim de tornar tangível o processo necessário para alcançar essa visão.”</p> <p>“O envelhecimento ativo é o processo de otimizar a capacidade das pessoas de proteger sua saúde à medida que envelhecem, de participar da vida de seu meio social e de garantir sua segurança pessoal, melhorando assim sua qualidade de vida.”</p> <p>“O envelhecimento ativo permite que as pessoas percebam seu potencial para o bem-estar físico, social e espiritual ao longo de suas vidas e participem da vida social de acordo com suas necessidades, desejos e habilidades; ao mesmo tempo, proteção adequada, segurança e cuidados devem ser assegurados aos necessitados.”</p> <p>“(…) O os idosos que estão se aposentando da vida ativa ou incapacitados podem contribuir ativamente para a vida de suas famílias, seus pares, seu meio social e seus países de origem. O envelhecimento ativo visa estender a expectativa de vida e a qualidade de vida de todas as pessoas, mesmo aquelas que são fracas, deficientes e precisam de cuidados.”</p> <p>“(…) conceitos como a interdependência e a solidariedade intergeracional (que é entendida como um mútuo dar e receber entre indivíduos e entre as gerações mais jovens e mais velhas) são componentes tão importantes do envelhecimento ativo. A criança de hoje é o adulto de amanhã e a avó ou o avô do dia depois de amanhã. A qualidade de vida dos avós depende das oportunidades de vida e riscos que eles experimentaram ao longo da vida anterior e também da forma como as gerações seguintes estão dispostas a fornecer assistência e apoio quando necessário.”</p> <p>“À medida que as pessoas envelhecem, sua qualidade de vida é determinada por sua capacidade de manter sua autonomia e independência.”</p> <p>“O objetivo é transmitir um conceito mais abrangente do que o conceito de "envelhecimento saudável", incluindo aqueles fatores que, além da saúde, determinam a qualidade de vida de indivíduos e populações inteiras à medida que envelhecem.”</p> <p>“O conceito de envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos humanos dos idosos e dos princípios de independência das Nações Unidas, inclusão social, dignidade, disponibilidade de</p>	
--	---	--

	<p>cuidados e a realização de uma vida. O foco do planejamento estratégico é desviado do conceito de "carência" para um conceito de "certo".</p> <p>“Ver o envelhecimento na perspectiva de toda a vida significa reconhecer que os idosos não são um grupo homogêneo e que as diferenças individuais se tornam mais importantes à medida que envelhecem. Medidas destinadas a criar uma rede de segurança e manter uma gama de escolhas são igualmente importantes em todas as fases da vida.”</p> <p>“Para tornar a ideia de envelhecimento ativo um avanço, os sistemas de saúde precisam ser monitorados ao longo da vida de uma pessoa, concentrando-se na promoção da saúde, prevenção, acesso igual a cuidados médicos de qualidade adequados e cuidados de longo prazo.”</p> <p>“Não deve haver discriminação na prestação de serviços médicos para idosos, e os prestadores de serviços médicos devem tratar pessoas de todas as idades com igual dignidade e igual respeito.”</p> <p>“dotar um estilo de vida saudável e participar ativamente do próprio cuidado é importante em todas as idades. Um dos mitos de envelhecer é que é tarde demais para uma mudança de estilo de vida na velhice. Pelo contrário, o aumento da atividade física, a alimentação saudável, a abstinência de fumar e o consumo de bebidas alcoólicas e o uso racional da medicina desempenham um papel importante na prevenção de doenças e perda de função, promovendo a longevidade e melhorando a qualidade de vida.”</p> <p>“Uma forma comum de violência contra os idosos (especialmente mulheres mais velhas) é o abuso de idosos cometido por parentes e funcionários de instituições de cuidados, que também conhecem muito bem suas vítimas.”</p> <p>“As pessoas mais velhas podem permanecer ativas e adaptáveis. Aprender juntos de diferentes gerações pode promover a transferência de valores culturais e respeito mútuo. Estudos demonstraram que os jovens que aprendem em conjunto com os idosos têm uma atitude mais positiva e realista em relação à geração mais velha.”</p> <p>“Embora seja evidente que a maioria dos cuidados é prestada em uma base de autoajuda ou informal, a maioria dos estados usa os seus recursos disponíveis de maneira diferente e usa a maior parte para assistência institucional.”</p>	
--	---	--

	<p>“Alguns políticos temem que a maior oferta de ajuda formalizada e programas de cuidados possam enfraquecer o compromisso dos membros da família. No entanto, estudos mostram que esse não é o caso. Mesmo que seja prestada assistência formal suficiente, o setor informal suporta o impacto.”</p> <p>“A maioria dos idosos que necessitam de cuidados prefere o atendimento domiciliar.”</p> <p>“Com o aumento da proporção de idosos na população total em todos os países, viver em casa até a velhice - com o apoio das famílias - se tornará cada vez mais comum. O atendimento domiciliar e os serviços comunitários para apoiar cuidadores informais devem estar disponíveis para todos, não apenas para aqueles que conhecem essas oportunidades e têm dinheiro suficiente para pagá-los.”</p> <p>“Em todos os países, o trabalho voluntário de idosos é uma importante contribuição econômica e social para o desenvolvimento social.”</p> <p>“Assim, chegou a hora de um novo paradigma que vê as pessoas mais velhas como participantes ativos em uma sociedade antiga e integrada, que são doadoras e recetoras de contribuições para o desenvolvimento da sociedade.”</p> <p>“O novo paradigma também desafia a visão tradicional de que a aprendizagem é uma questão para crianças e adolescentes, o trabalho é para pessoas de meia-idade e a aposentadoria da vida ativa é a causa da velhice. Reforça o apelo por oportunidades de aprendizagem para todas as faixas etárias e depois de assumir responsabilidades de cuidados em diferentes idades. Apela à solidariedade intergeracional e proporciona maior segurança para as crianças, pais e idosos.”</p> <p>“Os idosos, juntamente com os meios de comunicação, devem tomar a iniciativa de criar uma imagem nova, mais positiva e ocupada do envelhecimento. O reconhecimento político e social da contribuição de todas as pessoas idosas, e em particular dos homens e mulheres mais velhos em posições de liderança, apoiará o surgimento de uma nova imagem e ajudará a eliminar os estereótipos negativos. Concentrar a atenção dos jovens nas questões do envelhecimento e a importância de respeitar os direitos dos idosos contribui de forma importante para reduzir e acabar com a discriminação e o desrespeito aos idosos.”</p> <p>“A proteção, a segurança e a dignidade dos idosos devem ser asseguradas por meio de medidas para salvaguardar o direito à segurança social, financeira e física e para atender às suas necessidades.”</p>	
--	--	--

	<p>“Desenvolvimento de um programa contínuo de prestação de serviços sociais e de saúde acessíveis, de alta qualidade e adaptados especificamente às necessidades e direitos das mulheres e dos homens idosos.”</p> <p>“A abordagem particular do envelhecimento, refletida no conceito de envelhecimento ativo, fornece uma estrutura ampla para o desenvolvimento de estratégias globais, nacionais e locais para enfrentar os problemas do envelhecimento. Ao enfatizar simultaneamente os três pilares desse conceito, a saber, a promoção da saúde, segurança e participação ativa e envolvimento de pessoas idosas, ele fornece uma plataforma para o desenvolvimento de uma visão comum que leva em conta as perspectivas particulares de diferentes setores e regiões.”</p> <p>“Propostas de políticas e recomendações farão pouco se não forem seguidas de ações práticas.”</p>	
<p>Dossier Gesund altern in der Schweiz</p> <p>(Dossier Envelhecimento saudável na Suíça)</p>	<p>“Por enquanto, pode parecer estranho concentrar-se em estabilizar e não melhorar a qualidade de vida. No entanto, a qualidade de vida funcional está relacionada à estabilização de uma função complexa e contextualizada que pode ser composta por vários subprocessos compensatórios.”</p> <p>“(…) a qualidade de vida funcional está relacionada à estabilização de uma função complexa e contextualizada que pode ser composta por vários subprocessos compensatórios. O modelo subjacente foi desenvolvido na Suíça e referido como a "qualidade de vida funcional".</p> <p>“A ideia básica é que os indivíduos em ambientes que não são completamente previsíveis, podem alcançar a estabilidade de realizar funções objetivas importantes e complexas como "qualidade de vida" apenas pelo uso apropriado de diferentes habilidades e atividades em diferentes contextos. O que leva à estabilização é a antecipação sistemática e a resposta às demandas em mudança.”</p> <p>“(…) para ser autônomo, pode ser necessário usar diferentes subprocessos em dias diferentes. Assim, diferentes intervenções são necessárias para estabilizar a qualidade de vida em diferentes momentos.”</p> <p>“O número de idosos na Suíça também está crescendo. De acordo com as previsões do Escritório Federal Suíço de Estatística, a proporção de pessoas com 65 anos ou mais está aumentando de 18% para mais de 27% em 2040. Dentro dessa faixa etária, a proporção de pessoas muito idosas (80 anos ou mais) está aumentando cerca de 28% a 36% até 2040.”</p>	D5

	<p>“A autoavaliação da satisfação com a vida da população idosa na Suíça é alta.”</p> <p>“Quase 80% dos homens de 75 anos e mais velhos e quase 70% das mulheres de 75 anos e mais velhas são fisicamente ativas ou parcialmente ativas, de acordo com as estatísticas de saúde suíças. Os idosos estão engajados em um alto grau de atividade voluntária(...).”</p> <p>“Muitas pessoas idosas podem viver em casa até uma idade avançada: no caso das pessoas de 80 a 84 anos, isso ainda é de cerca de 90%.”</p> <p>“(...)os idosos na Suíça têm muitos recursos que contribuem para o envelhecimento saudável.”</p> <p>“Então, qual é a necessidade de ação na Suíça para promover o envelhecimento saudável de acordo com o documento de estratégia da OMS? Em particular, duas áreas são centrais: Em primeiro lugar, trata-se de permitir que a crescente população dos muito idosos tenha uma boa qualidade de vida até o fim. Em segundo lugar, há grandes desigualdades em saúde em relação ao envelhecimento na Suíça.”</p> <p>“Embora a idade avançada não seja sinônimo de necessidade de ajuda e cuidado, permanece o fato de que, com o aumento da idade, aumenta o risco de necessitar de cuidados e enfermagem.”</p> <p>“Promover o envelhecimento saudável na Suíça é uma alta prioridade. Em sua política de saúde de longo prazo "Saúde2020", o Conselho Federal prevê campos de ação e medidas que promovam a igualdade de oportunidades e a qualidade de vida e contribuam para alcançar a meta de "promover o envelhecimento saudável" da OMS.”</p> <p>“Para melhorar os cuidados de saúde para os idosos, a Confederação, juntamente com os cantões, está implementando a Estratégia Nacional de Demência e a Estratégia Nacional de Cuidados Paliativos. O objetivo do projeto de Assistência Coordenada é melhorar os cuidados de saúde para os pacientes com alto índice de idade e alta complexidade.”</p> <p>“Hoje, com razão, as pessoas com saúde limitada exigem cada vez mais o direito à independência, à responsabilidade e participação.”</p>	
--	--	--

	<p>“A inclusão em tantos níveis quanto possível, mesmo sob condições de saúde difíceis, revela-se uma tarefa extremamente complexa, na qual muitos atores ou políticas precisam estar envolvidos para implementar ou fazer cumprir, o que requer sensibilização.”</p> <p>“No entanto, nós, autoridades de saúde cantonais, sabemos que 60% do estado de saúde das pessoas na Suíça é determinado por fatores fora da política de saúde no sentido mais restrito. Influências incluem educação, seguridade social, situação de trabalho ou renda, meio ambiente, trânsito ou situação da moradia.”</p> <p>“a Confederação e os cantões querem melhorar especificamente esses determinantes sociais e ambientais, intensificando a cooperação entre os atores. Os exemplos a seguir mostram como essa colaboração, com foco no tema do envelhecimento saudável na Suíça, pode parecer concreta.”</p> <p>“(…) inclui medidas nas áreas de promoção da atividade física, prevenção de quedas, nutrição e participação social e concentra-se na participação de idosos, igualdade de oportunidades (…)”</p> <p>“De acordo com a análise do nosso sistema de saúde publicado pelo Observatório Europeu no final de 2015, os homens na Suíça, com o ensino obrigatório, vivem cerca de cinco anos menos do que os homens com educação superior. Para poder reduzir essa grande diferença a longo prazo, são necessários programas que cubram toda a vida e cuidem da igualdade de oportunidades desde o início da vida. Muitos cantões, portanto, dependem de medidas de "promoção antecipada".”</p> <p>“Com processos contínuos de prevenção da pobreza, prevenção de doenças não transmissíveis e envelhecimento saudável, temos uma boa base para responder aos desafios da mudança demográfica.”</p> <p>“No entanto, as várias áreas políticas ainda não estão bem interligadas e as decisões políticas não estão isentas de contradições. Se formos capazes de abordar as questões da saúde, pobreza e velhice de uma forma mais coerente e coordenada, estou convencido de que seremos capazes de oferecer à próxima geração de pessoas idosas boas condições estruturais em consonância com os objetivos da OMS.”</p>	
Betriebskonzept Grupp da chüra „Röven“ Zernez	<p>“O grupo de cuidados "Röven" em Zernez completa o modelo descentralizado de cuidados "Chüra in Engiadina Bassa". Incorporada no conceito geral regional, a população na parte superior do vale</p>	D6

(Conceito do grupo Gruppa da chüra "Röven" Zernez)	<p>da Baixa Engadina, portanto, tem a oportunidade de usar uma oferta estacionária perto de seu centro de vida.”</p> <p>“A oferta é baseada nos princípios de viver em casa e é particularmente adequada para pessoas que podem se estabelecer em uma pequena comunidade familiar.”</p> <p>“Manter e cultivar contatos com o ambiente social recebe grande atenção. O grupo de cuidado deve tornar-se parte integrante da comunidade.”</p> <p>“A demanda por serviços de “acompanhamento” e “cuidados” tem aumentado constantemente nos últimos anos devido às tendências demográficas e também como resultado de mudanças nas necessidades, e sabemos hoje que isso se tornará ainda mais evidente no futuro”</p> <p>“O futuro, o cuidado de longo prazo dos idosos na Baixa Engadina será adaptado às condições e necessidades regionais em um modelo inovador, orientado para o futuro e flexível, com serviços nas áreas de prevenção, acompanhamento e cuidados.”</p> <p>“O objetivo é atender às necessidades daqueles que necessitam de cuidados, cumprindo os requisitos para um desenvolvimento social significativo e equilibrado e também as possibilidades econômicas e financeiras do organismo patrocinador.”</p> <p>“A inclusão de parentes e cuidadores é importante e é apoiada por nós. Eles são parceiros importantes para os moradores e para o grupo de atendimento. Em conjunto com o morador é definida a pessoa de confiança como contacto de referência, que recebe todas as informações necessárias.”</p> <p>“O grupo de cuidados oferece, a 9 idosos, uma coabitação solidária em um ambiente familiar pequeno. Autonomia e individualidade estão em primeiro plano e a medida de integração é deixada a cada residente a seu próprio critério. Através do respeito mútuo e contato consciente, o sentimento de união deve ser encorajado.”</p>	
---	--	--

	<p>“Os quartos dos residentes, cada um com a sua própria casa de banho, são mobiliados com móveis básicos, mas também podem ser mobiliados individualmente.”</p> <p>“O design da moradia oferece - além da privacidade do seu próprio quarto - vários retiros, nichos e janelas panorâmicas convidam a relaxar. O espaçoso terraço e jardim pode ser usado para atividades versáteis e oferece oportunidades para livre circulação em um ambiente protegido, manutenção de jardins e, se necessário, inclusão de pequenos animais.”</p> <p>“O cuidado e o apoio são garantidos 24 horas por pessoal treinado. A filosofia da enfermagem e do cuidado baseia-se no princípio da autodeterminação e é voltada para a preservação da independência e autonomia, levando em consideração os recursos dos moradores.”</p> <p>“As medidas de cuidado e apoio são constantemente adaptadas ao estado de saúde dos residentes. Se um residente requer treinamento específico, um especialista externo adequado (como um terapeuta ocupacional) pode ser requisitado.”</p> <p>“Se a independência for prejudicada em resultado de uma deficiência, a equipe de enfermagem apoia como adjunto e para benefício dos residentes.”</p> <p>“De acordo com a nossa filosofia, o agregado familiar é uma parte importante da convivência, razão pela qual o governo da casa é integrado no dia-a-dia da equipe de atendimento. Este trabalho exige dedicação, competência e prazer dos colaboradores do projeto e da integração do CSEB - grupp da chüra Röven, Zernez no dia-a-dia dos moradores.”</p> <p>Cozinhar e comer são fundamentais para a "convivência" e as refeições são preparadas no próprio grupo de cuidados. Os hábitos associados também são significativos e os moradores são incluídos a por seu próprio desejo e, havendo possibilidade, na elaboração do menu e na preparação das refeições.”</p>	
--	---	--

	<p>“O trabalho no Pflegegruppe requer um alto grau de ação auto-responsável e interesse em cuidados holísticos e apoio dos funcionários. Com competência, criatividade e humor, as múltiplas tarefas no cuidado, apoio e limpeza devem ser implementadas. O gerente da casa, enfermeiro, é o principal responsável pelo grupo de atendimento; a nomeação competente e precoce dessa posição é, portanto, crucial para o estabelecimento e operação do grupo de atendimento.”</p>	
<p>Richtlinien für verantwortliches Handeln gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern</p> <p>(Diretrizes para um comportamento responsável com os moradores)</p>	<p>“As nossas atividades de cuidado e apoio são baseadas nos quatro princípios gerais básicos, reconhecidos pela ética biomédica. Em outras palavras, estamos comprometidos em manter e promover a independência de nossos residentes, para fazer-lhes o Bem, não os prejudicar e tratá-los como iguais.”</p> <p>“Todos os residentes conhecem seus direitos e sabem como usá-los. Os funcionários lidam conscientemente com os direitos dos moradores.”</p> <p>“1. Direito à informação, participação e reclamação; 2. Direito de preservar a personalidade; 3. Direito à autodeterminação; 4. Direito de ser acompanhado na última fase da vida; 5. Direito a serviços qualificados; 6. Direito aos contatos sociais:”</p> <p>“Durante a entrevista inaugural, o residente e seus familiares recebem todas as informações relevantes sobre como viver na nossa instituição, oralmente e por escrito, e são informados sobre quem é seu cuidador. O consentimento do residente para a coleta de dados é necessário.”</p> <p>“No caso de dúvidas, ambiguidades, incertezas, objeções ou reclamações, a equipe de enfermagem estará disponível para discussão a qualquer momento, de acordo com suas competências.”</p> <p>“Os residentes estão envolvidos no planejamento e implementação de eventos internos e celebrações. A participação é voluntária.”</p> <p>“Os residentes e / ou a sua pessoa responsável, escolhida por si, são informados sobre seu estado de saúde e informados sobre as medidas médicas e de enfermagem necessárias.”</p>	D7

“Todos os moradores têm o direito de reclamar e ter acesso a sua documentação de enfermagem. Em intervalos regulares, ocorre uma pesquisa externa sobre a satisfação dos residentes e familiares.”

“Tratamos respeitosamente os nossos residentes e prestamos atenção a uma abordagem educada. As discrepâncias identificadas devem ser comunicadas diretamente à gerência para que possam ser tratadas diretamente e em tempo hábil.”

“Apoiamos os residentes no design pessoal de seu quarto de acordo com nossas possibilidades espaciais e respeitamos sua privacidade. Estamos cientes de que as atividades de enfermagem frequentemente afetam os limites à esfera íntima e privada de nossos residentes e, portanto, temos em atenção prestá-las de forma cuidadosa.”

“Preocupações pessoais que requerem aconselhamento especial no campo social, legal, psicológico ou espiritual são tratadas imediatamente e, se necessário, encaminhadas ao escritório especializado relevante.”

“Apoiamos a autonomia e a desejada auto-realização de cada morador de acordo com as possibilidades existentes. Os residentes podem viver suas crenças, tradições ou rituais, até onde a instituição permitir, e podem permanecer em contato com sua comunidade de fé e seus representantes.”

“Os nossos residentes são livres para assumir responsabilidade por si mesmos, aceitar ou recusar tratamento e dispor de seus próprios bens. Também é livre para deixar a casa ou o grupo de atendimento para visitas ou feriados, ou para cancelar seu contrato.”

“Em situações de conflito entre conveniência e viabilidade, juntamente com a administração, buscamos soluções que sejam aceitáveis para todos os envolvidos.”

“No momento da admissão, solicitamos a existência de testamento vital.”

“Os requisitos da Lei de Proteção ao Adulto são conhecidos por nós e são respeitados por nós. Em especial, a aplicação de medidas limitativas da liberdade só se verifica com o consentimento das pessoas afetadas.”

“É importante para nós que nossos residentes possam terminar sua vida com dignidade e tanto quanto possível livre de dor. Acompanhamo-lo de acordo com os seus desejos pessoais (vontade de viver) e de acordo com o princípio de cuidados e apoio holísticos (Concept Palliative Care).”

O uso de medidas de prolongamento da vida ou ressuscitação é esclarecido e documentado pelo médico assistente no momento da admissão.

“Ao lidar com decisões éticas difíceis, somos apoiados pela diretriz "Diretrizes Éticas na Operação Chūra - Cuidados e Suporte". Importante para nós é o valor de nossos residentes em relação a tratamentos e cuidados médicos desejados ou rejeitados.”

“As empresas da Chūra estão inseridas na gestão da qualidade de todo o CSEB. O CSEB fornece provas de que garante e promove a qualidade e periodicamente passa por uma avaliação externa da SanaCERT (Fundação Suíça para a Certificação de Garantia de Qualidade em Cuidados de Saúde).”

“Por meio de sessões de treinamento anuais com um instrutor de validação, todos os funcionários recebem treinamento básico e validação regular em profundidade para permitir a implementação no dia-a-dia.”

“Possibilitamos o atendimento profissional e o apoio da equipe de enfermagem e auxiliares, qualificados para realizar as tarefas de enfermagem profissionalmente. Nosso código de trabalho é baseado nas diretrizes cantonais do departamento de saúde.”

“As famílias e parentes de nossos moradores, bem como voluntários e ajudantes são sempre bem-vindos, de acordo com as regras dos visitantes, levando em conta os demais moradores. Também gostamos de incluí-los nas diversas atividades(...).”

	<p>“Promovemos o contato respeitoso e social dos moradores, organizamos eventos comunitários e também apoiamos atividades sociais e visitas fora de nossas instalações em cooperação com parentes.</p> <p>É possível a todos os residentes ir para o seu quarto a qualquer momento, para receber apenas visitantes de sua escolha, ou para conduzir discussões confidenciais sem ser perturbado.”</p> <p>“Os nossos moradores têm acesso livre ao telefone. Ajudamo-los a usar a média comum, como rádio, televisão, jornal, e-mail ou cartas, escrever e ler.”</p>	
<p>Konzet Pflege & Betreuung (Conceito Cuidado & Assistência)</p>	<p>“Os Pflegegruppe são particularmente adequados para pessoas que se queiram estabelecer e se sintam confortáveis numa pequena comunidade de convivência familiar.”</p> <p>“tratamos de si com sensibilidade, cuidado e respeito. Percebemos cada morador como uma personalidade única e respeitamos sua individualidade. Queremos concentrar-nos nas suas necessidades, reações e padrões comportamentais e responsabilizamo-nos por garantir que recebam os cuidados e apoio adequados.”</p> <p>“Entendemos a saúde como uma sensação subjetiva de bem-estar e independência em harmonia entre possibilidades pessoais, objetivos e limites dados na situação atual da vida, bem como na interação entre aspectos e valores físicos, psicossociais, religiosos, espirituais e culturais.”</p> <p>“As atividades diárias e de lazer são individualmente e flexivelmente possíveis (...) na medida do possível e conforme desejado, envolvemos nossos residentes em serviços gerais de limpeza e cuidados com a planta, como Lençóis dobráveis e suprimentos, preparação de legumes, panificação, rega, etc.”</p>	<p>D8</p>

	<p>“Oferecemos várias atividades (...) e organizamos eventos para os residentes, parentes e conhecidos de acordo com a época, por ex.: Festa da Primavera, celebração de 1º de agosto, jantar de Natal etc.”</p> <p>“estão incluídas no programa anual as visitas da “Aurikla”, e outras, cujas visitas devem contribuir para a saúde e vitalidade dos nossos moradores, além de atividades com voluntários e associações da região, tais como tomar café, caminhadas, cantar, jogar ao loto e às cartas, etc. Como resultado, os contatos sociais podem ser mantidos ou restabelecidos.”</p> <p>“Nos absteremos do horário oficial de visitas. Parentes, amigos e conhecidos não são apenas importantes cuidadores de nossos residentes, mas também podem ser parceiros importantes no acompanhamento e prestação de cuidados.”</p> <p>“Nos Pflegegruppe, as refeições são confeccionadas, frescas, diariamente no próprio grupo. Assim, os sentidos dos habitantes são naturalmente estimulados e ativados. (...). O menu é criado semanalmente com os moradores.”</p> <p>“É importante para nós preservar e promover a independência de nossos residentes e defender o seu direito à autodeterminação e à liberdade de expressão. Somos também guiados pelos "Princípios para a Conduta Responsável na Aposentadoria e Lares" da CURAVIVA Suíça.”</p> <p>“Consideramos a morte um processo natural, que pertence à vida do homem. É importante para nós manter a qualidade de vida individual dos residentes e aliviar os sintomas negativos, como a dor.”</p> <p>“pessoas com demência mantêm seu valor como pessoa (...) tanto quanto possível, eles decidem por si mesmos como querem viver e são tratados com apreço e respeito.”</p> <p>“Por meio de um “design” de relacionamento empático e da percepção das emoções, impulsos e necessidades individuais, possibilitamos que os afetados atinjam a melhor qualidade de vida possível</p>	
--	---	--

	<p>e o bem-estar subjetivo. É importante para nós que o morador com demência seja encorajado a fazer o que ainda consegue, e em caso de sobrecarga, dar-lhes o apoio necessário.”</p> <p>“Os lares de idosos e grupos de cuidados estão integrados nos círculos de qualidade existentes e no âmbito das normas e procedimentos revisados. Estes incluem "prevenção e cuidados com as úlceras de pressão", "prevenção de quedas", "cuidados e apoio", "direitos dos residentes", "cuidados paliativos" e "lidar com incidentes críticos".”</p> <p>“Como parte do padrão básico de gestão da qualidade, são feitos inquéritos, de forma periódica, da responsabilidade de uma empresa externa, a residentes, parentes e funcionários.”</p>	
<p>Die rechte unsere Bewohner</p> <p>(Os direitos dos nossos moradores)</p>	<p>“Empenhamo-nos em garantir que tenha direito à informação, voz e reclamação na vida cotidiana.”</p> <p>“será informado de maneira oportuna e compreensível sobre qualquer incidente que o afete pessoalmente, e estará envolvido nos processos de tomada de decisão que o afetam.”</p> <p>“é livre para expressar a sua opinião e tem a oportunidade de enviar reclamações. Nós informá-lo-emos sobre o processo de reclamação”</p> <p>“para que exerça o seu direito de aceitar ou recusar serviços planeados, bem como medidas médicas e de enfermagem, também informaremos sobre as possíveis consequências.”</p> <p>“tem o direito de escolher livremente o médico”</p> <p>“Preservação da personalidade”</p> <p>“garantir que o seu direito à igualdade de tratamento seja respeitado e apoiado”</p> <p>“respeitamos sua personalidade individual, a sua vida pessoal e sua privacidade”</p> <p>“Tratamos os seus assuntos pessoais de maneira confidencial e cumprimos os requisitos legais de proteção de dados.”</p>	D9

	<p>“apoiamo-lo, tanto quanto possível, no exercício de seus direitos civis”</p> <p>“Estamos comprometidos em garantir que exerça o seu direito à maior autodeterminação possível.”</p> <p>“pode e deve expressar os seus desejos e necessidades e receber, na medida do possível, apoio na continuação de seu estilo de vida individual.”</p> <p>“respeitamos diferentes tradições, religiões, visões de mundo e valores.”</p> <p>“o seu direito à autodeterminação termina, para nós, quando o direito à liberdade de outras pessoas é restringido”</p> <p>“no caso de desejos, necessidades e metas conflitantes, acabaremos com uma solução aceitável para todos”</p> <p>“se, por razões de incapacidade de agir, não for mais capaz de exercer seu direito de autodeterminação, seguiremos sua vontade escrita”</p> <p>“estamos comprometidos em garantir seu direito à dignidade e respeito até o final de sua vida”</p> <p>“tem o direito de recusar medidas de prolongamento da vida”</p> <p>“fazemos o nosso melhor, no sentido de aliviar o sofrimento”</p> <p>“um suicídio acompanhado com a organização da eutanásia, isso deve ser feito fora de nossas instituições. Nós aceitamos e respeitamos este desejo.”</p> <p>“estamos empenhados em fornecer serviços que estejam ao nível da prática e da ciência.”</p> <p>“Apoiamo-lo na criação e no design do seu espaço pessoal, para que se possa sentir confortável e seguro.”</p>	
--	---	--

	<p>“fornecemos cuidados profissionais e apoio”</p> <p>“O tratamento médico é garantido. Se necessário, serão consultados outros especialistas.”</p> <p>“Os nossos funcionários são alvo de formação e educação regular, e aplicam novos conhecimentos no desempenho do seu trabalho.”</p> <p>“Estamos comprometidos em manter os contatos sociais que desejar”</p> <p>“pode receber ou recusar visitas a qualquer momento”</p> <p>“recebe suporte para o uso de mídia comum”</p>	
<p>Gesundheitsförderung und Prävention im Alter</p> <p>(Promoção da saúde e prevenção na velhice)</p>	<p>“O envelhecimento é como escalar montanhas. Fica-se sem fôlego, mas goza-se de uma excelente vista.”</p> <p>“Permaneça no ambiente familiar pelo maior tempo possível”</p> <p>“A saúde e a manutenção associada da autoestima e da independência tornam-se mais importantes na velhice.”</p> <p>“Ser capaz de viver em um ambiente familiar pelo maior tempo possível significa uma qualidade de vida notavelmente maior para muitos idosos.”</p> <p>“A atividade física ajuda a manter a força, coordenação e flexibilidade do corpo, além de promover resistência e equilíbrio.”</p> <p>“Movimento e Encontro na Sociedade permite contatos sociais, afetam positivamente a saúde mental, promovem o bem-estar mental e ajudam a manter as faculdades mentais.”</p>	D10

	<p>“Nutrição balanceada, variada e agradável apoia o sistema cardiovascular de saúde e previne o excesso de peso ou desnutrição. Cozinhar e comer juntos é divertido e protege contra a solidão.”</p> <p>“Mantenha-se curioso, descanse e relaxe”</p> <p>“O treino de performance mental, jogos para corpo e mente, conversação, leitura e muitas outras atividades que interrompem o ritmo cotidiano, ajudam a manter a mente e a memória - a saúde mental.” “Exercícios de relaxamento, atividades criativas e outras atividades favoritas proporcionam descanso e contribuem para um sono adequado”</p> <p>“Manter a saúde mental para atender às necessidades diárias é um dos recursos de uma vida significativa.”</p> <p>“O voluntariado para contribuir para a comunhão, cultivar relacionamentos ou retirar-se deliberadamente é tão significativo quanto as atividades criativas e espirituais.”</p> <p>“A reconciliação com a própria história de vida, a aceitação dos limites da própria vida e o acesso possível aos sistemas de apoio podem ajudar a manter a alma em equilíbrio.”</p>	
<p>Leitbild Pflegegruppe Röven</p> <p>(Declaração de Missão PGR)</p>	<p>“O bem-estar e a maior qualidade de vida possível dos moradores estão no centro de nossas ações.”</p> <p>“Respeitamos todos os residentes na sua totalidade e respeitamos, tanto quanto possível, as suas necessidades e desejos individuais”</p> <p>“Promovemos e mantemos, na medida do possível, a independência e autonomia dos moradores.”</p> <p>“Oferecemos suporte para que eles possam tomar decisões”</p>	<p>D11</p>

	<p>“Cultivamos e cuidamos com sensibilidade e profissionalismo, respeitando as habilidades mentais, sociais e físicas dos residentes.”</p> <p>“Proporcionamos um ambiente descontraído e caseiro, em que os moradores se possam sentir seguros.</p> <p>“Valorizamos os rituais e respeitamos - sempre que possível - os desejos dos moradores.”</p> <p>“Como centros de formação/estágio, ajudamos a garantir que no futuro possamos dispor de funcionários competentes.”</p> <p>“Comunicamos de forma aberta e transparente”</p> <p>“Os funcionários são treinados por meio de educação adicional direcionada.”</p> <p>“Parentes e outros cuidadores externos são parceiros importantes para nós no dia a dia. As pessoas de referência, são pessoas, de contato importantes e obrigatórias para nós.”</p> <p>“Cultivamos uma maneira aberta e respeitosa de lidar uns com os outros.”</p> <p>“Fornecemos informações sobre os regulamentos legais para atendimento a idosos e podemos encaminhá-los aos locais apropriados.”</p> <p>“Facilitamos encontros entre todas as gerações em nossa casa. Mantemos contato com médicos, terapeutas e outras instituições sociais.”</p>	
Portaria 67/2012, Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social	<p>“é manifesto o desajustamento entre o enquadramento normativo em vigor e a crescente preocupação com a possibilidade de utilização máxima das capacidades instaladas em condições de qualidade e segurança”</p>	D12

(condições de organização, funcionamento e instalação das estruturas residenciais para pessoas)	<p>“o Programa de Emergência Social (PES) veio consignar a necessidade de apostar na proximidade e na maximização das respostas sociais existentes, rentabilizando a capacidade instalada.”</p> <p>“Ao reconhecer o valor incomensurável da dignidade da pessoa humana, ao impor uma preocupação com o auxílio aos mais vulneráveis, com uma atenção especial sobre os mais idosos, o PES prevê a alteração e a simplificação da legislação e dos guiões técnicos que enquadram as respostas sociais, designadamente as dirigidas a pessoas idosas, adaptando- à realidade nacional e a um cenário de contenção orçamental.”</p> <p>“o PES vem permitir maximizar as potencialidades de intervenção dessas entidades, garantindo mais e melhores respostas que correspondam às necessidades das pessoas e das famílias, nomeadamente através do aumento do número de vagas, sem prejuízo das condições de qualidade e de segurança das pessoas”</p> <p>“o presente diploma vem uniformizar a legislação existente, integrando as respostas residenciais para pessoas idosas sob uma designação comum, e proceder ao ajustamento desta resposta social às exigências de uma gestão eficaz e eficiente dos recursos e a uma gestão da qualidade e segurança das estruturas físicas, prevendo diversas modalidades de alojamento, designadamente, o alojamento em tipologias habitacionais e ou em quartos.”</p> <p>“Considera- se estrutura residencial para pessoas idosas, o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem.”</p> <p>“Constituem objetivos da estrutura residencial (...) proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo; criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar; potenciar a integração social.”</p>	
--	---	--

	<p>“rege -se pelos seguintes princípios de atuação: qualidade, eficiência, humanização e respeito pela individualidade; Interdisciplinaridade; Avaliação integral das necessidades do residente; Promoção e manutenção da funcionalidade e da autonomia; Participação e corresponsabilização do residente ou representante legal ou familiares, na elaboração do plano individual de cuidados.”</p> <p>“ presta um conjunto de atividades e serviços, designadamente: Alimentação adequada às necessidades dos residentes, respeitando as prescrições médicas; Cuidados de higiene pessoal; Tratamento de roupa; Higiene dos espaços; Atividades de animação sociocultural, lúdico-recreativas e ocupacionais que visem contribuir para um clima de relacionamento saudável entre os residentes e para a estimulação e manutenção das suas capacidades físicas e psíquicas; Apoio no desempenho das atividades da vida diária; Cuidados de enfermagem, bem como o acesso a cuidados de saúde; Administração de fármacos, quando prescritos.”</p> <p>“deve permitir: A convivência social, através do relacionamento entre os residentes e destes com os familiares e amigos, com os cuidadores e com a própria comunidade, de acordo com os seus interesses; A participação dos familiares ou representante legal, no apoio ao residente sempre que possível e desde que este apoio contribua para um maior bem-estar e equilíbrio psicoafectivo do residente.”</p> <p>“pode, ainda, disponibilizar outro tipo de serviços, visando a melhoria da qualidade de vida do residente, nomeadamente, fisioterapia, hidroterapia, cuidados de imagem e transporte (...) deve ainda permitir a assistência religiosa, sempre que o residente o solicite, ou, na incapacidade deste, a pedido dos seus familiares ou representante legal.”</p> <p>“obrigatória a elaboração de um processo individual do residente, com respeito pelo seu projeto de vida, suas potencialidades e competências”</p> <p>“Ao diretor técnico compete (...) promover reuniões técnicas com o pessoal; promover reuniões com os residentes, nomeadamente para a preparação das atividades a desenvolver; sensibilizar o pessoal</p>	
--	---	--

	<p>face à problemática da pessoa idosa; planificar e coordenar as atividades sociais, culturais e ocupacionais dos idosos.”</p> <p>“A estrutura residencial deve dispor de pessoal que assegure a prestação dos serviços 24 horas por dia. (...) deve dispor no mínimo de: um(a) animador(a) sociocultural ou educador(a) social ou técnico de geriatria, a tempo parcial por cada 40 residentes; um(a) enfermeiro(a), por cada 40 residentes; um(a) ajudante de ação direta, por cada 8 residentes; um(a) ajudante de ação direta por cada 20 residentes, com vista ao reforço no período noturno; um(a) encarregado(a) de serviços domésticos em estabelecimentos com capacidade igual ou superior a 40 residentes; um(a) cozinheiro(a) por estabelecimento; um(a) ajudante de cozinheiro(a) por cada 20 residentes; um(a) empregado(a) auxiliar por cada 20 residentes”</p> <p>“ Sempre que a estrutura residencial acolha idosos em situação de grande dependência, os rácios de pessoal de enfermagem, ajudante de ação direta e auxiliar são os seguintes: um(a) enfermeiro(a), para cada 20 residentes; um(a) ajudante de ação direta, por cada 5 residentes; um(a) empregado(a) auxiliar por cada 15 residentes.”</p> <p>“possui obrigatoriamente regulamento interno, o qual define as regras e os princípios específicos de funcionamento e contém, designadamente: Condições, critérios e procedimentos de admissão; Direitos e deveres da estrutura residencial e do residente ou representante legal ou familiares; Horário das visitas; Critérios de determinação das participações familiares, quando aplicável.”</p> <p>“O funcionamento da estrutura residencial está sujeito a acompanhamento, avaliação e fiscalização por parte dos serviços competentes do Instituto da Segurança Social, I. P. (ISS).”</p>	
<p>Portaria 196-A/2015, Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social</p> <p>(critérios, regras e formas em que assenta o modelo específico da</p>	<p>“O Governo tem vindo a assumir como nuclear a construção de uma sólida parceria entre o Estado e o setor social e solidário habilitando as entidades da economia social para o desenvolvimento de novos modelos de respostas sociais para além das suas tradicionais áreas de atuação.”</p> <p>“A presente portaria define os critérios, regras e formas em que assenta o modelo específico da cooperação estabelecida entre o Instituto da Segurança Social, I. P. (ISS, I. P.) e as instituições</p>	D13

cooperação estabelecida entre o Instituto da Segurança Social, I. P. (ISS, I. P.) e as instituições particulares de solidariedade social ou legalmente equiparadas)	<p>particulares de solidariedade social ou legalmente equiparadas, adiante designadas por instituições, para o desenvolvimento de respostas sociais, em conformidade com o subsistema de ação social.”</p> <p>“A cooperação no âmbito da segurança social assenta numa parceria, com partilha de objetivos e interesses comuns, mediante a repartição de obrigações e responsabilidades, com vista ao desenvolvimento de serviços e equipamentos sociais para a proteção social dos cidadãos.”</p> <p>“ A cooperação visa os seguintes objetivos: Desenvolver respostas sociais através de uma rede de serviços e equipamentos; Garantir uma maior eficácia e eficiência dos recursos de resposta às necessidades das populações; Promover iniciativas que concretizem medidas inovadoras de caráter social que visem a capacitação das pessoas e ao desenvolvimento das comunidades; Potenciar uma atuação concertada dos diversos organismos e entidades envolvidas, na prossecução dos fins de interesse público.”</p> <p>“ O acordo de cooperação visa o desenvolvimento de uma resposta social destinada ao apoio de (...) de pessoas idosas (...) e prossegue os seguintes objetivos: Proporcionar serviços permanentes e adequados ao acolhimento das pessoas idosas; Estimular a participação das pessoas idosas na resolução das questões da vida diária; Incrementar a manutenção da pessoa idosa no seu meio familiar; Incentivar a participação da pessoa idosa na vida social e cultural da comunidade”</p> <p>“Na área da família e comunidade: Contribuir para melhorar o nível de bem-estar das famílias; responder a situações de disfunção social das famílias; fortalecer os vínculos familiares através da criação de sistemas de proteção que impeçam a desagregação familiar; proporcionar condições de integração social dos grupos marginalizados ou mais desfavorecidos da comunidade.”</p>	
--	--	--

Tabela VI- Matriz de Síntese RI

Título	Amostra/ População	Intervenção	Metodologia	Principais resultados	Código Atribuído
Autor				Unidades de análise	
Fonte					
Ano de Publicação					
Educação e bem-estar na terceira idade Antunes, M. C. Revista Kairós Gerontologia, 20(1), pp. 155-170, (2017).	24 utentes de um Lar Residencial	Trabalho de investigação/intervenção desenvolvido com população idosa, cuja finalidade se centrou na promoção do envelhecimento ativo.	Qualitativo: investigação-ação participativa (pesquisa e análise documental; observação direta e participante; conversas informais; inquérito por questionário; entrevista semiestruturada e diário de bordo)	“A tendência para o crescimento da população idosa é cada vez mais uma realidade presente na sociedade portuguesa, na qual coexistem baixas taxas de natalidade e de mortalidade, verificando-se um aumento, significativo de pessoas idosas.” “(…)torna-se indispensável mudar o enfoque das políticas e das representações construídas relativamente ao envelhecimento, tendo em vista uma noção mais compreensiva deste processo em que sejam tomadas medidas preventivas ao longo de todo o ciclo de vida, de forma a que, à pessoa idosa, seja garantida dignidade pessoal e capacidade de participação social.” “(…)envelhecimento humano é um trajeto único e diferencial de indivíduo para indivíduo, e que resulta de um processo complexo de interação entre fatores genéticos, sociais e culturais.”	A1

				<p>“Quando nos reportamos ao termo envelhecimento frequentemente o associamos a um estado, a um momento estanque e final; porém, o envelhecimento não se apresenta como tal.”</p> <p>“(…) o envelhecimento humano traz consigo, todo um processo ao longo da vida, e que se vai dando nas múltiplas transformações pelas quais</p> <p>passamos, um processo de degeneração progressivo e diferencial.”</p> <p>“(…) como um estado final do desenvolvimento, que todo o indivíduo sadio e que não sofreu acidentes vai atingir.”</p> <p>“(…) como o resultado de uma construção que o indivíduo fez durante toda a vida.”</p> <p>“O envelhecimento (...) pode ser transformado num tempo de educação/formação humana centrado na aprendizagem e adequação à nova fase da vida, criando novos mecanismos e novos espaços de ocupação significativa”</p> <p>“(…) a educação (...) na terceira idade (...) ajuda o idoso a adaptar-se e ajustar-se às alterações características da nova etapa da vida, pois é, sobretudo, nessa capacidade de adaptação (chamado por muitos de resiliência) que reside o sucesso de um envelhecimento bem-sucedido.”</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>“Esta adaptação passa necessariamente por manter o idoso ativo em todos os níveis, levando-o a um contínuo investimento em atividades que lhes proporcionem um sentimento de satisfação e, sobretudo, garantam-lhe um modo de vida socialmente desejado.”</p> <p>“(…) três vetores essenciais no processo de um envelhecimento bem-sucedido, nomeadamente a saúde, a manutenção e promoção de um elevado grau de funcionamento cognitivo e físico, bem como a participação ativa na comunidade.</p> <p>“(…) a ideia da convivência, da importância de um sentido de pertença a algum lado ou a alguém(…).”</p> <p>“utilizarmos todos os recursos existentes de modo a que os idosos possam continuar o seu processo de desenvolvimento e plena realização, desenvolvendo-se segundo uma perspectiva de aprender a aprender, promovendo uma “[...] estimulação do pensar, do fazer, do dar, do trocar, do reformular [...]”</p> <p>“É valioso porque estimula, ajuda-nos a conviver, a sentirmo-nos mais à vontade”</p> <p>“Porque foi um ambiente bom, é sempre bom quando estamos juntos, porque também é um ambiente familiar”</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>“(…) estamos neste lar para recuperar a saúde física e mental, e senti-me mais feliz, porque a minha vida também é como um relógio que precisa de assistência constante.”</p> <p>“a importância de “Manterem-se sempre ativos” “Claro que sim porque o ser humano tem muitas etapas na vida, porque não se pode parar na sua história. Parar é morrer”</p> <p>“No seu ponto de vista as atividades desenvolvidas tiveram impacto institucional?” emergiram duas categorias “Realização pessoal” e “Participação na vida social.””</p> <p>“Estas atividades permitiram aos idosos sentirem-se mais realizados, mais úteis e mais ativos”</p> <p>“As atividades realizadas contribuíram para amenizar o sentimento de solidão e isolamento.”</p> <p>“A participação em tarefas/atividades que ocupem o dia-a-dia dos utentes, faz com que estes façam uma vida o mais normal e independente possível, dentro das capacidades e limitações, próprias do seu processo de envelhecimento.”</p> <p>“(…) estimular a relação e interação interpessoal, promover o convívio e a aprendizagem, traduzindo-se numa intervenção promotora da continuidade do</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>processo de desenvolvimento dos participantes.”</p> <p>“Dando centralidade às pessoas enquanto elementos ativos na resolução das suas próprias necessidades e interesses (...), mediante metodologias ativas, os participantes assumiram o papel de protagonistas da intervenção que, ao criar condições de desenvolvimento das capacidades e potencialidades, constituiu um fator de promoção de bem-estar e qualidade de vida.”</p>	
<p>Envelhecimento ativo: proveniências e modulação da subjetividade</p> <p>Tótora, S.</p> <p>Revista Kairós - Gerontologia, 20(1), pp. 239-258</p> <p>2017</p>		<p>Problematizar o enunciado coletivo de envelhecimento ativo tomando como referência o Programa OPAS-OMS (2005) e seus desdobramentos no Relatório de 2015</p>	Qualitativo	<p>“(…)deslocou a abordagem da velhice circunscrita a um momento específico da vida de indivíduos ou da população para um processo contínuo de desenvolvimento ao longo da vida.”</p> <p>“Eis as bases para a construção de um consenso que envolverá, sem distinção, governantes e governados, na grande cruzada mundial em favor do envelhecimento ativo.”</p> <p>“O envelhecimento ativo configurou-se na palavra de ordem do novo milênio”</p> <p>“um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam velhas”</p> <p>“(…) ativo não se restringe aos aspectos físicos ou à força de trabalho, mas à participação</p>	A2

				<p>continua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis”</p> <p>“(…) espera-se constituir uma nova cultura que daria visibilidade e status positivo à velhice, além de envolvê-la no compromisso com as futuras gerações. Enfim, o tempo da velhice não seria somente o passado, suas lembranças e memória, mas essa promessa de futuro.”</p> <p>“Mesmo ciente do declínio da capacidade funcional nas idades mais avançadas, a população em geral alimenta a expectativa de atingir a velhice desfrutando da qualidade de vida.”</p> <p>“(…) implica na manutenção da autonomia e independência”</p> <p>“(…) possibilidade de escolha de acordo com suas próprias regras, e o segundo diz respeito à manutenção da habilidade na execução de funções relacionadas à vida diária.”</p> <p>“Diversidade, autonomia e independência são conceitos de alcance limitados quando situados no âmbito de uma política de envelhecimento ativo que não coloca em questão o funcionamento da máquina capitalista e os dispositivos de poder de subjetivação.”</p> <p>“A amplitude que se pretende dar ao termo ativo compreende a tríade saúde, segurança, e participação(…).”</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>“(…) deslocamento e a ampliação do alvo, da saúde física e mental da população de indivíduos, restritos à sua dimensão biológica ou psicológica, para seus aspectos ambientais (moradia, ambiente físico, qualidade do ar e da água, clima etc.)</p> <p>“(…) controle contínuo do curso da vida, tanto biológica quanto ambiental, num jogo de relações variáveis que favoreçam a “obtenção da melhor qualidade de vida possível e para o maior número de pessoas possível”</p> <p>“O emprego do termo qualidade de vida no Programa do Envelhecimento Ativo (OPAS-OMS, 2005) contempla a dimensão biológica e ambiental, e o conceito de envelhecimento ativo modula uma subjetividade responsável e participativa.”</p> <p>“A medição ou promoção da saúde na população de “adultos maiores”, com impacto sobre o seu bem-estar, (...), poderá realizar-se por meio da capacidade funcional que combina dois elementos: o primeiro de natureza intrínseca, referente à capacidade física e mental em que cada indivíduo pode se apoiar em qualquer ponto no tempo; segundo, o ambiente em que vive.”</p> <p>“(…) a otimização da capacidade funcional constitui o objetivo comum da Saúde Pública para o envelhecimento saudável.”</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>“(…) a velhice (…) não deve ser vista associada aos valores tidos como negativos, tais como aposentadoria, doença ou dependência. Ao contrário, afirma-se um novo paradigma que “perceba os idosos como</p> <p>participantes ativos de uma sociedade, e beneficiários do desenvolvimento.”</p> <p>“(…) ampliação das oportunidades, por meio de “programas que apoiem o aprendizado em todas as idades.”</p> <p>“O envelhecimento ativo é a fabricação de uma subjetividade modulável aos comportamentos tidos como responsáveis por prolongar a vida com qualidade. E somente dessa forma se justifica viver muito. Ativa é a adjetivação da vida que seguiria um curso normal e linear do nascimento à morte.”</p> <p>“Velhos(as) e jovens podem igualmente ser considerados ativos, desde que empreendam esforços no investimento sobre si mesmos- aquisição de conhecimentos e habilidades-, sejam bons gestores de sua saúde, empresários de si mesmos e empreendedores.”</p> <p>“A ética como estética da existência na direção de uma anti conduta promove uma dupla resistência: à sujeição e à servidão.”</p> <p>“velhice dá, não uma eterna juventude, mas ao contrário, uma soberana liberdade, uma</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>necessidade pura em que se desfruta de um momento de graça entre a vida e a morte (...)”</p> <p>“(...) estar entre a vida e a morte não é somente ao pé da letra estar próximo da morte, mas, sim, um entretanto onde tudo pode acontecer.”</p>	
<p>Envelhecimento ativo: reflexão necessária aos profissionais de enfermagem/saúde</p> <p>Ilha S, Argenta C, Silva MRS et al.</p> <p>Journal of Research Fundamental Care Online</p> <p>(2016)</p>		<p>Refletir acerca dos possíveis fatores que contribuem para o envelhecimento ativo, bem como sobre estratégias que podem ser utilizadas por enfermeiros e demais profissionais da saúde na promoção do envelhecimento ativo</p>	Reflexão teórica	<p>“Velhice não é sinónimo de doença, porém, o avanço da idade pode causar diminuição da capacidade funcional, fazendo com que a pessoa idosa perca sua autonomia e independência, comprometendo, assim, a sua qualidade de vida.”</p> <p>“O envelhecimento ativo depende do equilíbrio entre o declínio natural das diversas capacidades individuais, mentais e físicas e a obtenção dos objetivos que se desejam por meio de estratégias propostas pelos profissionais da saúde em parceria com a pessoa idosa, a família e a comunidade.”</p> <p>“Cabe, portanto, aos profissionais de enfermagem/saúde conscientizar-se e atuarem na busca da promoção da saúde e da prevenção de complicações provenientes do processo de envelhecimento através de métodos/estratégias de trabalho que promovam o envelhecimento ativo.”</p> <p>“(...) é necessário, por parte dos profissionais da enfermagem/saúde, oferecerem oportunidades para que as pessoas idosas possam escolher por estilos de vida saudáveis,</p>	A3

				<p>dentro de suas próprias expectativas e, ainda, fazer controle de sua condição de saúde.”</p> <p>“tornam-se imprescindíveis os esforços coletivos que contribuam na minimização das situações de vulnerabilidade da população idosa, favorecendo o alcance do envelhecimento ativo.”</p> <p>“A primeira é considerar que todas as alterações que ocorrem com a pessoa idosa sejam decorrentes de seu envelhecimento natural, o que pode impedir a detecção precoce e o tratamento de certas doenças. A segunda é tratar o envelhecimento natural como doença a partir da realização de exames e tratamentos desnecessários, originários de sinais e sintomas que podem ser facilmente explicados pela senescência³, ou seja, pelo processo natural do envelhecimento.”</p> <p>“O envelhecimento ativo ultrapassa a objetividade da saúde física, necessitando ser pensado em suas múltiplas dimensões que devem levar em conta tanto os aspectos objetivos como os subjetivos, por exemplo, a percepção das pessoas sobre as suas possibilidades de adaptação às mudanças advindas do envelhecimento e condições associadas.”</p> <p>“(…) com o processo de envelhecimento e, especialmente, no que tange ao período da aposentadoria, a pessoa idosa pode apresentar a sensação de invalidez e isolamento social.”</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>“tiver uma rede de apoio familiar ou comunitária que a estimule a conhecer novos ambientes de convívio e à adoção de novos hábitos, esse momento pode ser oportuno para a descoberta de novos interesses, habilidades, bem como contribuir para um envelhecimento ativo.”</p> <p>“(…) é possível observar que os determinantes pessoais envolvem, além dos aspectos biológicos, as competências individuais de interação interpessoal e social, tão importantes para um envelhecimento ativo”</p> <p>“Igualmente necessários são os estímulos a programas de educação permanente destinados às pessoas em processo de envelhecimento para o desenvolvimento do autocuidado, pois todos os cidadãos são responsáveis pelo envelhecimento ativo.”</p> <p>“(…)demonstrou que a qualidade de vida está diretamente associada ao seu estado de saúde. No entanto, o significado de saúde não foi relacionado unicamente à ausência de doença, a não necessidade de cuidados médicos e medicamentosos, mas às atividades de lazer e à capacidade de poder continuar trabalhando.”</p> <p>“O envelhecimento pode ser visto, neste sentido, como um processo de grande riqueza interior, no que concerne ao encontro com sua própria essência.”</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>“Na busca de refletir acerca das estratégias que podem ser utilizadas por profissionais de enfermagem/saúde para promover o envelhecimento ativo (...) destaca-se: a atuação multidisciplinar; educação em saúde interprofissional e com/para as pessoas idosas; estímulo à atividade física e à alimentação saudável; promoção de ambientes comunitários/grupais saudáveis.”</p> <p>“(…) as intervenções realizadas por profissionais podem ser uma estratégia para promover mudanças de hábitos na população idosa, com vistas a contribuir com o envelhecimento ativo do grupo.”</p> <p>“(…)a prática de cuidados encontra-se, ainda, bastante focada no modelo biomédico, na dimensão curativista e assistencialista (...). Essa realidade pouco tem privilegiado a percepção dos profissionais e da população como um todo acerca do envelhecimento ativo.”</p> <p>“(…) os profissionais de enfermagem se articularem a outros profissionais no intuito de estabelecerem intervenções interdisciplinares que venham ao encontro do envelhecimento ativo. O ambiente físico e social em que as pessoas idosas estão inseridas exerce influência no comportamento humano e na saúde, visto que os efeitos ambientais cumulativos no processo de envelhecimento</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>interferem na funcionalidade dos mesmos e, conseqüentemente, no envelhecimento ativo.”</p> <p>“Evidencia-se, dessa forma, a necessidade de investimentos na formação dos profissionais da saúde para esse segmento profissional.”</p> <p>“(…) aumentar a participação das pessoas idosas em atividades sociais e físicas é um modo de melhorar a qualidade do sono e a funcionalidade durante o dia. A construção de uma boa velhice necessita de um ambiente acolhedor que auxilie a pessoa idosa no enfrentamento de limitações e na elaboração de projetos”</p> <p>“(…) é de extrema relevância que os profissionais de enfermagem/saúde ao atuarem com as pessoas idosas e famílias organizem com elas uma rotina de atividades prazerosas, dentro das suas condições de saúde e preferências identificadas no núcleo familiar.”</p> <p>“(…) espera-se que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, sintam-se estimulados quanto à promoção, contribuindo para a manutenção de um envelhecimento ativo e participativo. Para que esse cuidado seja possível, é importante considerar a consciência, preparo e o compromisso profissional para um cuidado ampliado, reconhecendo aspectos individuais e coletivos da população em questão visando à promoção</p>	
--	--	--	--	--	--

				de saúde de forma ampliada e contextualizada.”	
<p>O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes</p> <p>Ferreira OGL, Maciel SC, Silva AO, Santos WS, Moreira MASP</p> <p>Rev. Esc. Enferm USP</p> <p>:1065-9</p> <p>2010</p>	<p>100 idosos funcionalmente independentes</p>	<p>Esta pesquisa teve como objetivo apreender as representações sociais de idosos sobre o envelhecimento ativo.</p>		<p>“(…) quando não está associado à palavra ativo, o envelhecimento ainda é representado como perdas e incapacidades.”</p> <p>“(…) a existência de perdas durante o processo, o envelhecimento de maneira ativa deve ser estimulado entre os idosos, uma vez que ele é sinônimo de vida plena e com qualidade. Manter os idosos funcionalmente independentes é o primeiro passo para se atingir um envelhecimento ativo e com melhor qualidade de vida.”</p> <p>“O envelhecimento pode ser conceituado como um conjunto de modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, sendo considerado um processo dinâmico e progressivo.”</p> <p>“O conjunto das alterações fisiológicas e patológicas vivenciadas pelos idosos culmina com a crescente dependência, que se traduz por uma</p> <p>necessidade de ajuda, indispensável para a realização das atividades elementares da vida.”</p>	<p>A4</p>

				<p>“(…) a dependência não é um estado permanente, mas sim um processo dinâmico, cuja evolução pode se modificar e até ser prevenida ou reduzida, se houver ambiente e assistência adequados.”</p> <p>“A capacidade funcional pode ser definida como a manutenção da habilidade para realizar atividades básicas da vida diária (ABVD) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD), necessárias e suficientes para a manutenção de uma vida independente e autônoma.”</p> <p>“(…) o primeiro formando a Classe 4, que se refere aos aspectos gerais relacionados à vida dos idosos, trazendo os pontos negativos do envelhecimento(…) cujos discursos relacionaram-se à situação de moradia, à religião e aos aspectos negativos, tais como as doenças e a não-realização de atividades físicas.”</p> <p>“(…) pode-se constatar que as representações sobre o envelhecimento ativo, ligando-o ao lazer, à prática de atividades físicas e à realização de afazeres domésticos, foram elaboradas em uma dimensão que estava ao alcance das possibilidades dos idosos.”</p> <p>“(…) para que tal situação aconteça, os idosos devem estar inseridos em espaços que promovam o desenvolvimento do envelhecimento saudável, bem-sucedido e</p>	
--	--	--	--	--	--

			<p>ativo. Na presente pesquisa, o alto percentual encontrado de idosos funcionalmente independentes deveu-se, em grande parte, ao fato de residirem em casa própria (88%) e conviverem na comunidade, com o cônjuge e/ou parentes próximos (75%). Ou seja, os idosos não eram institucionalizados, estando inseridos socialmente.”</p> <p>“A visão favorável apareceu vinculada ao envelhecimento ativo, às atividades domésticas, como cuidar da casa e dos netos e ao lazer. A concepção negativa foi retratada pelas dificuldades enfrentadas pelos idosos, tanto em termos cotidianos quanto no que se refere aos seus grupos de pertença.”</p> <p>“Quando não estava associado à palavra ativo, o envelhecimento foi representado como sinônimo de perdas e de incapacidades, o que demonstra as dificuldades vivenciadas pelos idosos em aceitar essa etapa da vida, compartilhando representações já espalhadas na sociedade.”</p> <p>“Manter os idosos funcionalmente independentes é o primeiro passo para se atingir uma melhor qualidade de vida.”</p> <p>“Mesmo admitindo a existência de perdas durante o processo de sua constituição, o envelhecimento de maneira ativa deve ser estimulado entre os idosos, pois ele é sinônimo de vida plena e com qualidade.”</p>	
--	--	--	---	--

				<p>“O envelhecimento ativo corresponde ao equilíbrio biopsicossocial e à integralidade de um ser humano que está inserido em um contexto social e que, embora idoso, ainda é capaz de desenvolver as suas potencialidades. Daí a importância do apoio das instituições políticas e sociais, da família, da rede de amigos e dos grupos de interesse comuns, na luta contra a discriminação e o preconceito que, ainda hoje, na cultura de modo geral(...)”</p>	
<p>As práticas de bioescese e a constituição do idoso ativo</p> <p>Renovato, Rogério Dias; Bagnato, Maria Helena Salgado</p> <p>Ciência Cuidado e Saúde</p> <p>2009</p>		<p>Problematizar os discursos presentes na sociedade sobre o idoso ativo, os quais podem refletir-se no cotidiano das ações em saúde voltadas para esses sujeitos.</p>	Reflexão	<p>“(...) a concepção de sujeito ativo aparece entremeadada de práticas que evocam a adoção de estilos de vida saudáveis como condição para experimentar o envelhecimento bem-sucedido.”</p> <p>“No cotidiano das ações em saúde prestadas à pessoa idosa percebe-se ainda a hegemonia da biomedicina amalgamada aos ideais de emancipação da humanidade que, sob os auspícios de práticas discursivas sobre o sujeito ativo, reforçam o ideário da higiomania.”</p> <p>“(...) o sujeito autônomo e capaz de fazer suas escolhas encontra-se cada vez mais limitado aos caminhos trilhados pela biomedicina, pois a solução mais adequada e moral é a obediência, a submissão e a adaptação. Esses fatos evidenciam as tentativas de conduzir o</p>	A5

				<p>comportamento do outro e com isso podem interferir e interferem na</p> <p>construção das subjetividades, marginalizando aqueles que não se encaixam nos padrões de saúde.”</p> <p>“(…) percebe-se o deslocamento de discursos emitidos por especialistas e instituições que apregoam e reforçam a participação dos sujeitos nas mais variadas esferas da vida, conclamando-os a tomar as rédeas do seu destino através de escolhas racionais e adequadas. O sujeito passivo e docilizado cede espaço ao sujeito ativo, que é capaz de fazer suas escolhas, pois é dotado de autonomia e liberdade, que lhe permitem, diante de várias opções, decidir qual o melhor caminho a ser trilhado.”</p> <p>“O direito à saúde passa a ter outros significados, que requerem desse cidadão ativo comprometimento, engajamento e adoção de comportamentos saudáveis, promovendo práticas ou cuidados de si, agora assumidos por esse indivíduo (...)”</p> <p>“O que se espera desse sujeito é que faça escolhas que minimizem os riscos, afinal cada vez mais a noção de saúde tem na ontologia da segurança seu aporte epistemológico.”</p> <p>“Na sociedade de riscos, os sujeitos ativos são sujeitos prudentes, indivíduos que fazem escolhas (...)”</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>“A ideia é exercitar no curso da vida ações de autoinvestimento, que promovam a sua imagem de comprometimento consigo mesmo, assegurando o sucesso de sua gestão e o empreendimento de si.”</p> <p>“Essas transformações não afetam apenas o que fazemos, mas também quem somos, a nossa identidade. Na invenção de sujeitos ativos, prudentes, responsáveis e empreendedores estão envolvidos estratégias e dispositivos que modificam o self, bem como a relação das pessoas umas com as outras.”</p> <p>“A compreensão histórica do idoso na sociedade ocidental tem sido permeada de discursos que focalizam corpo e mente em declínio, relegado ao exílio social e marginalizado pela sua incapacidade como força de trabalho.”</p> <p>“O produto velhice é divulgado como o momento de realização pessoal, em que o indivíduo se encontra livre de amarras que antes impediam sua liberdade de ação, como uma profissão, um casamento ou instituições que interditavam seus sonhos e sua autonomia.”</p> <p>“A culpabilização tornou-se elemento nuclear de um envelhecimento mal planejado, considerando apenas a perspectiva do biomédico e apagando todas as outras</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>dimensões desse ser humano, que passa a ser tão-somente um cidadão biológico.”</p> <p>“Espera-se assim que, ao exercer sua liberdade e autonomia, o idoso ativo seja transformado em perito de si mesmo, especialista de sua saúde e de seu corpo.”</p> <p>“Para o corpo do idoso, muito mais que a aparência, a capacidade funcional assume cada vez mais relevância. O corpo que funciona e o self se emolduram na travessia desse projeto reflexivo.”</p> <p>“Na (re)invenção da velhice, as práticas de bioescase podem contribuir para a construção do idoso ativo, aproximando-se, assim do discurso biomédico autorizado, cujas características se amoldam ao sujeito ativo. No entanto, as ações em saúde precisam considerar o idoso em suas multiplicidades e particularidades, opondo-se a tentativas totalizantes de homogeneização e respeitando-o em sua história de vida.”</p> <p>“Essas reflexões pretendem inquirir sobre os discursos que circulam na construção do envelhecimento, entendendo que a vida não pode ser reduzida ao âmbito biológico. Assim, a longevidade não deveria ser vivenciada como uma “[...] estratégia de afastamento de riscos à sobrevida”, sob o “primado paradoxal da sentença e da condenação culposa sem delito”, apagando a beleza da complexidade do sujeito que envelhece.”</p>	
--	--	--	--	--	--

<p>Envelhecimento ativo na concepção de um grupo de enfermeiros</p> <p>Bidel, R. M. R., Tomicki, C., Pichler, N. A., & Portella, M. R.</p> <p>Revista Kairós Gerontologia, 19(Número Especial 22, “Envelhecimento e Velhice”, pp. 207-225</p> <p>2016</p>	<p>13 enfermeiros</p>	<p>Identificar as concepções que um grupo de enfermeiros tem acerca do envelhecimento ativo.</p>	<p>Pesquisa exploratória e descritiva de cunho qualitativo</p>	<p>“A OMS adotou o termo “Envelhecimento Ativo” para descrever de forma mais abrangente o processo do “envelhecimento saudável”, buscando expandir essa concepção para além dos cuidados com a saúde, definindo-o como “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.”</p> <p>“(…) a concepção de conceito de envelhecimento ativo assume o enfoque de saudável, bem-sucedido, satisfatório, exitoso, ou até mesmo produtivo, dependendo da abordagem adotada nos diferentes contextos, pois, independentemente da terminologia, configura-se como um novo paradigma acerca do envelhecimento e velhice.”</p> <p>“(…) saúde é uma maneira de pensar e atuar no estabelecimento de ações, na diminuição da vulnerabilidade, possibilitando visualizar fatores determinantes de risco e as diferentes necessidades que se apresentam na realidade do país.”</p> <p>“(…) uma ação de saúde pública abrangente relacionada ao envelhecimento, é uma necessidade urgente. Mesmo que existam grandes lacunas de conhecimento, todos os países têm a incumbência de desenvolver ações voltadas para o envelhecimento ativo e saudável”</p>	<p>A6</p>
---	-----------------------	--	--	--	------------------

				<p>“(…) pela crescente preocupação com as pessoas que estão envelhecendo, é essencial que os profissionais da enfermagem tenham um conhecimento mais específico sobre o processo do envelhecimento, com o objetivo de atender os idosos em suas necessidades, principalmente no cuidado.”</p> <p>“o cuidar envolve um agir, uma atitude do enfermeiro integrado por duas formações: a pessoal e a profissional”, e está baseado na percepção de que o indivíduo idoso é um todo, com suas crenças, seus valores e suas experiências.”</p> <p>“(…) a falta de qualificação dos profissionais enfermeiros para atenderem indivíduos no processo de envelhecimento traz impactos nas diversas formas de se prestar assistência aos mesmos, o que implica na necessidade de rever as ações de enfermagem para o atendimento dessa população. Portanto, essa concepção está em congruência com a OMS, que recomenda o alinhamento dos sistemas de saúde às necessidades da população idosa.”</p> <p>“(…) cada profissional, além de conhecer e entender o processo de</p> <p>envelhecimento, necessita refletir sobre sua própria concepção acerca do envelhecer (...). A concepção elaborada pelos profissionais pode influenciar no modo como intervir diante dos problemas que afetam o idoso, as famílias</p>	
--	--	--	--	--	--

			<p>e ou seus cuidadores, determinando se o encaminhamento estará, ou não, alinhado ao cuidado humanizado.”</p> <p>“(…) é essencial para a enfermagem, diante do rápido envelhecimento da população, pautar seu processo de assistência às necessidades específicas dos indivíduos e às mudanças ocorridas no processo de envelhecimento. O enfermeiro tem um papel significativo para contribuir com a melhoria de hábitos de vida saudáveis, minimizando as dificuldades e maximizando as potencialidades daqueles que estão sob seus cuidados.”</p> <p>“(…) os diferentes níveis de atenção em saúde impõem a necessidade de trabalhar em equipe, abordando o fenômeno do envelhecimento nas suas múltiplas dimensões, e, para que isso se concretize, é importante otimizar o tempo e as ações na atenção aos idosos, por meio da atuação multiprofissional, o que pressupõe um plano de cuidado compartilhado para atender às necessidades dos mesmos em diferentes domínios.”</p> <p>“(…) a convergência do debate das enfermeiras acerca do envelhecimento ativo como ausência de doenças, independência para atividades da vida diária e o hábito da atividade física. Essa visão, em certo sentido reducionista, contribui para que as ações oferecidas à pessoa idosa, no âmbito da atenção básica, e, executadas pela equipe de saúde, se resumem à consulta médica,</p>	
--	--	--	--	--

				<p>dispensação de medicação e campanhas de imunizações. São estratégias da área da saúde historicamente pautadas e pactuadas em todo o ciclo da vida, as quais contemplam o coletivo da sociedade.”</p> <p>“(…) envelhecimento saudável é definido como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada. As dimensões, espiritual e emocional, como salienta Almeida (2007), também contribuem para construção de condições objetivas e subjetivas do envelhecimento ativo.”</p> <p>“a definição de capacidade funcional da OMS (WHO, 2015) diz respeito aos atributos relacionados à saúde que permitem que as pessoas sejam, ou façam, o que valorizam. Ademais, uma pessoa com uma doença crônica pode se sentir saudável e ter satisfação com a vida, mesmo não estando engajada em ações de atividade física, o que, aos olhos de um profissional da área da saúde, pode ser interpretado como desfavorável e não saudável. Assim, torna-se fundamentalmente relevante reconhecer o sentido atribuído à saúde, à doença e à velhice, porque, muitas vezes, velhice e doença são percebidas como sinônimos.”</p> <p>“(…) o processo de envelhecimento é influenciado por múltiplos fatores, e que a pluralidade de elementos que cercam o viver cotidiano dos profissionais de saúde pode</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>influenciar a forma como eles percebem o envelhecimento daqueles com quem interagem. Trata-se de um processo complexo, e a velhice, uma dessas etapas, tem suas particularidades, porque é também uma construção social, com diferentes significados, com aspectos positivos e negativos (...). (...) para entender e atender esse segmento populacional, é fundamental a percepção que se tem dos idosos, pois reflete diretamente na atitude profissional com esse contingente populacional.”</p> <p>“A conduta de um profissional de saúde pode ser orientada a partir de Percepções silenciosas, mas se revela em atos, na sua atuação profissional.”</p> <p>“Os comentários emanados (...) dizem respeito uma experiência diária, culturalmente constituída, na qual as enfermeiras se encontram imersas, e que se manifesta sob a forma de posições e decisões assumidas desde o âmbito do fazer em saúde, até a esfera mais ampla, a do conhecimento que se tem ou não acerca das questões gerontológicas.”</p> <p>“(…) a funcionalidade nos idosos pode ser percebida como a disposição da pessoa em desenvolver atividades ou funções requeridas no seu dia-a-dia e, nessa dimensão, os participantes entendem que os idosos não têm um envelhecimento ativo, porque não seguem o ritmo e o estilo de vida anterior.”</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>“O afastamento, a inércia, e as doenças que surgem no decorrer do curso de vida de uma pessoa, não podem ser interpretados como normais ou próprios do envelhecimento.”</p> <p>“Enquanto as pessoas estão envelhecendo, quanto mais ativas se mantiverem, menos limitações e dependência terão. (...) a condição de vida e saúde dos idosos é percebida por sua disposição em conservar sua autonomia e independência enquanto envelhecem”</p> <p>“A aceção do envelhecer advém de um contexto que implica a relação entre o eu, o intelecto, os amigos, os colegas de trabalho, os vizinhos e a família, em que a busca da harmonia e da reciprocidade entre as gerações são relevantes para um envelhecimento ativo.”</p> <p>“(…) um determinante transversal do envelhecimento ativo, destaca o poder da cultura em modelar a forma de envelhecer das pessoas.”</p> <p>“em cada idoso, o envelhecimento pode revelar significados diferentes, que dependerá de como esse idoso viveu no passado, da sua história de vida, do estilo de vida e dos valores pessoais adotados ao longo dos tempos.”</p> <p>“(…) as enfermeiras expressaram que os idosos que não participam de grupos de convivência são mais depressivos, mais queixosos, e pouco comunicativos. Já aqueles</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>que estão inseridos nos grupos de terceira idade são mais ativos, têm mais satisfação pessoal, são mais sociáveis e encontram um significado para a sua velhice, pois têm um momento para conviver com outras pessoas da mesma idade e partilhar das mesmas vivências.”</p> <p>“(…) destacarem a importância de medidas e ações cujo propósito seja de inclusão dos idosos na comunidade e na sociedade em geral.”</p> <p>“(…) quando estão envelhecendo, esperam obter a atenção dos filhos e dos netos e, quando isso não ocorre, surgem o medo, a insegurança e o pensamento de que são abandonados pelos seus entes queridos”</p> <p>“(…) a velhice é vista de forma estereotipada e a responsabilidade de um envelhecimento satisfatório ou bem-sucedido é de competência do próprio indivíduo. (...) os idosos estabelecem estratégias de enfrentamento para os problemas da vida diária de acordo com suas capacidades, histórias de vida e experiências individuais.”</p> <p>“(…) mesmo tendo perdas com o envelhecimento, os idosos necessitam de estímulo para permanecerem desenvolvendo as potencialidades individuais”</p> <p>“ O cuidado à saúde e atenção à pessoa idosa tem como objetivo trabalhar a promoção de</p>	
--	--	--	--	--	--

				saúde e a prevenção de doenças em todos os ciclos da vida que, em longo prazo, visa a propiciar um envelhecimento ativo e saudável para toda a população.(...) isso se efetivará se o agir profissional for despido de estereotipia, em que o conhecimento acerca do processo do envelhecimento é basilar ”	
<p>Capacidade de execução das atividades instrumentais de vida diária em idosos: Etnoenfermagem</p> <p>Santos GLA, Santana RF, Broca PV</p> <p>Escola Anna Nery</p> <p>2016</p>		<p>Realizar uma revisão acerca da atuação do enfermeiro no processo de cuidar em Gerontologia.</p>	<p>Estudo descritivo: RI</p>	<p>“A enfermagem gerontológica pode intervir de forma criativa, valendo-se de grupos para idosos como espaços de atuação e criação de um ambiente promotor de saúde. Para tanto, conhecer seu cliente é fundamental, pois práticas socioculturais podem aproximar o idoso do profissional, permitindo ações baseadas na experiência individual.”</p> <p>“O cuidado é um fenômeno comum e universal, mas as expressões de como esse cuidado acontece são diversas, emergindo a especificidade de cada um no grupo de convivência para idosos. O cuidado de enfermagem em grupos de convivência para idosos deve se pautar em desenvolver habilidades para realizar suas funções diárias”</p> <p>“Desenvolver oficinas que privilegiem e que reproduzam essas cenas diárias pode ser uma estratégia útil ao enfermeiro gerontólogo que deseja acessar o cuidado universal e congruente ao mesmo tempo.”</p> <p>“Os “serviços/pessoas” devem estar preparados: devem oferecer e apoiar; usar frases simples e curtas; falar devagar; evitar</p>	<p>A7</p>

				<p>interromper a fala do idoso; falar de frente; manter contato com o olhar do idoso; considerar o tempo do idoso; e permitir que desenvolva as atividades de acordo com suas características pessoais”</p> <p>“(…) o olhar da enfermagem gerontológica pauta-se em um envelhecimento saudável, com enfoque na promoção da saúde. Assim, o cuidado de enfermagem em grupos deve abordar fatores diversos que alcancem, por meio das oficinas, um funcionamento global, com foco na capacidade funcional, o que o torna um processo multidimensional.”</p> <p>“(…) despertar, nos profissionais, o desenvolvimento de atividades contextualizadas à vida diária dos idosos pode ser estratégia útil, permitindo a aquisição de habilidades e conhecimentos necessários para a execução das AIVD.”</p> <p>“A participação e a construção coletiva das oficinas permitem a “participação” ativa, característica do envelhecimento ativo e saudável, impactando na funcionalidade global. Abordando o cuidado sob tal perspectiva, vislumbra-se um idoso mais adaptado, cômico e inserido ao contexto cultural e social atual.”</p> <p>“Por estar para além de um atendimento focado no modelo biológico, a enfermagem gerontológica pode buscar, por meio dos grupos de convivência, formas de intervenção</p>	
--	--	--	--	---	--

				criativas, com repercussões significativas ao treinamento e à aquisição de habilidades que possibilitem o envelhecimento ativo, colaborando, assim, para diminuição dos custos com o processo de envelhecimento da população e de ações centradas apenas na doença e na incapacidade do idoso.”	
<p>Percepção dos graduandos de enfermagem sobre o seu envelhecimento</p> <p>Dourado, M., Oliveira, A. & Menezes, T.</p> <p>Revista Brasileira de Enfermagem</p> <p>2015</p>	18 graduandos de enfermagem	Analisar a percepção dos graduandos de enfermagem sobre o próprio envelhecimento	Pesquisa de campo, de natureza descritiva, com abordagem qualitativa	<p>“O adolescente e o adulto apresentam uma ideia de velhice vinculada a perdas, considerando o envelhecimento uma fase difícil, mas percebem que ao longo dos anos existe a possibilidade de aumento da sabedoria, experiência e conhecimento. Já os idosos compartilham a ideologia da boa idade, considerando que ser velho depende da cabeça e do comportamento de cada pessoa.”</p> <p>“(…) o indivíduo que envelhece deseja desmistificar a identidade do velho construída em outras gerações, reconstruindo-a sob a forma de uma velhice autônoma, ativa e bem-sucedida, através da adoção de medidas e práticas que valorizem este ser como pessoa capaz de desempenhar atividades como qualquer outro.”</p> <p>“(…)o conhecimento dos estudantes sobre o envelhecimento ainda é baseado no senso comum, ressaltando os estereótipos encontrados na sociedade tais como o de dependência, abandono, tristeza e desvalor.”</p> <p>“ (….) os graduandos de enfermagem revelam que o cuidado oferecido àqueles que se</p>	A8

				<p>encontram em processo de envelhecimento está diretamente relacionado com a imagem que eles têm a acerca deste processo, e que na maioria das vezes, esta imagem remete a uma visão fechada e pejorativa em relação ao envelhecimento, carregada de estereótipos criados pela sociedade e pelas relações familiares.”</p> <p>“(…) entender como a velhice, o velho e o envelhecimento são compreendidos e representados viabiliza a compreensão de comportamentos e sentimentos para com estes, seja por parte da sociedade ou da própria população idosa.”</p> <p>“A imagem do próprio envelhecimento para os graduandos está baseada numa visão associada às modificações morfológicas, perceptíveis pelas alterações na aparência externa daquele que se tornará velho, sendo representada pelo surgimento dos cabelos brancos e das rugas.”</p> <p>“(…) as reações à experiência de encarar o próprio envelhecimento contemplam tanto a negação quanto a resistência e a aceitação do processo. Os discursos apresentam reações diferentes ao processo de envelhecer, o que demonstra a singularidade de cada sujeito.”</p> <p>“Na velhice, precisamos de apoio emocional para que possamos aceitar e nos adaptarmos de uma maneira melhor às perdas e às</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>limitações que possam aparecer com o passar do tempo.”</p> <p>“A vivência do processo de envelhecimento, que deveria ser natural, na medida em que é vivida de maneira estigmatizada, passa a representar uma ameaça à autoestima, à aceitação de si, tornando as pessoas vulneráveis a sofrimentos psíquicos de toda ordem e até mesmo a patologias. Estudo realizado com acadêmicos de enfermagem aponta que a grande maioria dos sujeitos entrevistados nunca pensaram na própria velhice, achando muito difícil responder à pergunta de como se imaginavam velhos.”</p> <p>“O significado do fenômeno envelhecimento ocorre a partir da relação entre o eu, a mente e a sociedade, e o processo será resultante desta interação.”</p> <p>“(…) observar que imagem social está se construindo e oferecendo a pessoa idosa, para que na sua reprodução, ela não seja a transmissão de caracteres preconceituosos e limitadores, bem como possa promover uma subjetividade mais rica e com maior número de possibilidade para a pessoa idosa.”</p> <p>“(…) o envelhecimento é visto pelos graduandos de enfermagem como uma fase inerente ao desenvolvimento humano, que pode ser influenciada por questões biológicas, sociais, culturais, espirituais e psicológicas. As relações familiares e a religiosidade são</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>consideradas suporte emocional e social, e podem contribuir para o enfrentamento do processo.”</p> <p>“(…) perceber o próprio envelhecimento também induz ao sentimento de negação, de não pensar na própria velhice.”</p> <p>“Os graduandos revelaram que um envelhecimento bem-sucedido é reflexo da manutenção da saúde física, que pode garantir um estilo de vida saudável.”</p> <p>“(…) a disciplina Enfermagem na Atenção à Saúde do Idoso presente nos cursos de graduação em Enfermagem deve oferecer ao estudante um novo olhar sobre a pessoa idosa, possibilitando construir uma nova representação sobre o envelhecimento, modificando, assim, as atitudes, mitos e estereótipos que se relacionam a esse segmento populacional que cresce a cada dia.”</p>	
<p>O cuidar de pessoas idosas institucionalizadas na percepção da equipe de enfermagem</p> <p>Fabíola de Araújo Leite Medeiros</p> <p>Jullyana Marion Medeiros Oliveira</p>	<p>Seis instituições de Longa: 13 funcionários de enfermagem das instituições</p>	<p>Analisar a percepção da equipe de enfermagem sobre o cuidar de pessoas idosas institucionalizadas</p>	<p>Pesquisa exploratória e qualitativa</p>	<p>“Compete ao enfermeiro funções de ordem administrativa, assistencial, educativa, e de pesquisa. Por conseguinte, ressalta-se a importância da utilização do processo de enfermagem como ferramenta essencial de trabalho nas instituições a ser executado por toda a equipe de enfermagem”</p> <p>“O processo de enfermagem, quando implementado nas instituições, possibilita a organização do cuidado por diminuir o risco de dependências físicas da pessoa idosa, por</p>	<p>A9</p>

Raquel Janyne de Limac Maria Miriam Lima da Nóbrega Rev. Gaúcha Enfermagem 2015				<p>possibilitar determinantes de saúde através da avaliação contínua da capacidade funcional, e por estabelecer metas requeridas frente às necessidades da pessoa idosa, de forma individualizada.”</p> <p>“A institucionalização, como ambiente de moradia para a pessoa idosa, deveria ser considerada como uma resposta positiva para a pessoa. Estudos relatam que quando não há planejamento assistencial, a institucionalização poderá ser considerada como um processo de perdas na vida dos idosos, levando a fragilização da velhice.”</p> <p>“Os membros da equipe de enfermagem perceberam suas ações de cuidados nas instituições, compreendendo as atribuições específicas da profissão e da indispensabilidade do cuidar individualizado à pessoa idosa institucionalizada.”</p> <p>“(…) muitas vezes o cuidado sistematizado e individualizado é permeado por alguns obstáculos institucionais como diminuição de pessoal técnico capacitado em lidar com a pessoa idosa, impedido que as ações sejam efetivadas como planejadas.”</p> <p>“As prestações dos serviços de saúde em ILPI deveriam intervir, em primeiro plano, nas necessidades individuais de cada residente, principalmente quando relacionadas às dificuldades de realização das atividades de vida diária.”</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>“(…)remetem a rotina de cuidado na instituição e as dificuldades percebidas pela equipe de enfermagem na execução das práticas de cuidado.”</p> <p>“A necessidade de mais profissionais para atuarem nas instituições também foi referida como precisão imperativa para melhoria assistencial dos cuidados de enfermagem para os idosos institucionalizados.”</p> <p>“(…) há necessidade de se ter ações mais planejadas da equipe de enfermagem. Observou-se também que o cuidado, quando dito planejado por parte de três das ILPIs visitadas, acontecia aparado nos modelos biologizantes, de um cuidado medicalizado/curativista, ditado pelo médico da instituição e pouco valorizado como um cuidado autônomo da enfermagem.”</p> <p>“(…) os cuidados de enfermagem estavam relacionados à recuperação das doenças, principalmente voltados às ações biomédicas, e não dentre uma concepção mais humanística ou holística.”</p> <p>“O cuidado prestado aos idosos em ILPs no Brasil ainda é realizado na provisão de ações de cuidado na higiene, administração de medicamentos e provisão da alimentação. Deveria, sim, ser acrescentadas atividades de lazer e, sobretudo, na observação da evolução</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>das condições que gerassem bem-estar aos idosos residentes.”</p> <p>“(…) o envelhecimento ativo ainda não é otimizado como práticas nas ILPIs. Os profissionais de saúde deveriam trabalhar com foco na promoção da saúde e qualidade de vida.”</p> <p>“As percepções dos profissionais de enfermagem ao cuidar do idoso institucionalizado estiveram focadas na necessidade de formação técnico-profissional e ampliação do quadro de funcionários, e foi mencionado também há necessidade do cuidado mais humanizado.”</p> <p>“O idoso institucionalizado, na maioria das vezes, perde sua autonomia, pois compartilha sua vida com pessoas desconhecidas e sente-se, em algumas ILPIs, obrigado a adaptar seus hábitos, horários, dietas e atividades aos horários ditados pelas instituições.”</p> <p>“A enfermagem precisa apropriar-se de conhecimentos gerontogerítricos, interdisciplinares e multidimensionais, que venham a dar suporte ao entendimento ao processo de trabalho complexo, como é o caso da ILPIs.”</p> <p>“A alta prevalência de dependência entre os idosos nas Instituições de Longa Permanência requer maior investimento em recursos humanos, de modo a garantir a atenção</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>interdisciplinar e multiprofissional voltada para a promoção da saúde e prevenção da incapacidade funcional.”</p> <p>“Em relação às percepções sobre ações que poderiam ser desenvolvidas para melhorar o processo de cuidado pela equipe de enfermagem nas ILPIs, foram possíveis verificar que a utilização de um plano de cuidados poderia direcionar melhor os processos de saúde e se ter padrões melhores para avaliação do cuidado prestado.”</p> <p>“Foram observadas perante a percepção da equipe de enfermagem que havia necessidade de desenvolvimento de um processo sistematizado de cuidar que proporcionasse melhoria as condições de saúde e qualidade de vida aos idosos institucionalizados.”</p> <p>“A equipe de enfermagem, por unanimidade, referenciou que a sociedade e as famílias das pessoas que buscam a institucionalização precisam compreender que uma ILPI consiste em uma moradia especializada. Uma instituição de caráter residencial, cujas funções são proporcionar atendimento gerontogeriátrico, de acordo com as necessidades das pessoas residentes, que se integra a um sistema contínuo de cuidados.”</p> <p>“O atendimento precisa estar centrado na integralidade e não em aspectos apenas de ordem assistencialista, que inibe a promoção do envelhecimento ativo, e se volta apenas a</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>ações focadas na demanda de atividades cotidianas e controle de doenças.”</p> <p>“A formação em enfermagem também precisa estar apta a inserir dentro dos seus currículos conhecimentos voltados a pessoa idosa e o processo de envelhecimento humano, abrangendo o debate para os espaços de cuidado necessários para atuação da prática de enfermagem frente a saúde da pessoa idosa. (...) é preciso conhecer as teorias de enfermagem, entender as etapas da vida, procurar os constructos teóricos que fundamentam a ciência dos cuidados para que possam saber escolher pela melhor maneira de atender às necessidades humanas.”</p> <p>“Um processo de enfermagem em uma ILPI possibilitaria a reflexão, por exemplo, de se compreender através da consulta de enfermagem, os motivos da institucionalização, a história de saúde, os problemas de saúde atual, o uso de medicamentos e identificar parâmetros importantes na avaliação da capacidade funcional.”</p> <p>“Eles exerciam suas competências profissionais, precisando sim, ter mais apoio institucional em relação à organização do serviço de enfermagem, capacitação em Enfermagem gerontogeriátrica e ampliação do número de funcionários no quadro funcional das instituições.”</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>“(…)há uma compreensão por parte da equipe da necessidade de capacitação técnica que ampare melhor a conduta da enfermagem nas instituições de longa permanência.”</p> <p>“(…)inexistência do apoio institucional na compreensão das demandas da equipe de enfermagem em planejar o cuidado.”</p>	
Quadro clínico de idosos em uma instituição de longa permanência	59 idosos	<p>Determinar o perfil sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados e identificar os diagnósticos de Enfermagem.</p>	estudo quantitativo, exploratório e descritivo	<p>“O cuidado é entendido como uma atividade que vai muito além das necessidades do ser humano, envolvendo também o autocuidado, o autovalor e a autoestima.”</p> <p>“É necessário, para isso, que as instituições tenham acesso aos serviços de uma equipe multiprofissional qualificada.”</p> <p>“É necessário, através da promoção integral da saúde do idoso, que os enfermeiros da ILPI conheçam o processo de envelhecimento e, no seu compromisso com o cuidado do ser humano, programem estratégias que busquem manter a autonomia e independência dos idosos, cuidado individualizado.”</p> <p>“O enfermeiro pode ser utilizado para melhorar a qualidade do cuidado prestado aos residentes das ILPIs, por meio do uso de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, para aplicação do conhecimento técnico-científico de forma sistematizada, sustentando o trabalho desse profissional e favorecendo o cuidado organizado.”</p>	A10

				<p>“(…) o enfermeiro desenvolve suas atividades com o idoso por meio de um processo de cuidar que considera os aspectos biopsicossociais e espirituais vivenciados por ela e sua família. O desempenho do papel do enfermeiro responsável pela ILPI é relevante, para que este modo de residência seja o mais satisfatório possível para a pessoa idosa.”</p> <p>“(…) os enfermeiros de uma LTCIE desenvolvem funções de gestão / administração, cuidados, pesquisa, educação e ensino. É essencial, portanto, que o profissional tenha consciência desse papel, das ações de sua competência, bem como das atividades da equipe de trabalhadores sob sua liderança.”</p> <p>“Sugere-se que o desempenho da Enfermagem seja baseado no Processo de Enfermagem (PE), o que implica em benefícios para o fornecimento de uma assistência sistematizada, orientada e organizada.”</p> <p>“Ressalta-se que o PE, quando implantado nas instituições, possibilita a organização do cuidado, reduzindo o risco de dependência física da pessoa idosa, viabilizando determinantes de saúde por meio da avaliação contínua da capacidade funcional e estabelecendo os objetivos necessários para fazer frente às necessidades individuais dos idosos.”</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>“Em um estudo com 78 idosos institucionalizados, 30,4% dos idosos tinham polimedicação menor (um a quatro medicamentos) e 67,03% tinham polimedicação maior (mais de cinco drogas). Sabe-se que o aumento da prevalência de doenças crônicas desencadeia o crescente consumo de drogas, levando à polimedicação, definida pelo uso simultâneo e crônico de vários medicamentos.”</p> <p>“Ressalta-se que o enfermeiro tem papel importante na admissão do idoso na instituição, devendo apresentá-lo à rotina, mostrar-lhe toda a instituição, levá-lo a conhecer a estrutura física, apresentá-lo a outros moradores e funcionários, porque a pessoa idosa precisa ser acolhida para lhe proporcionar uma melhor e mais rápida adaptação.”</p> <p>“Entende-se que conhecer o perfil dos idosos, suas fragilidades, o nível de dependência e os diagnósticos de Enfermagem é de suma importância para o planejamento do cuidado, pois, a partir desse conhecimento, pode-se planejar uma assistência de forma individualizada e de acordo às demandas de cada idoso.”</p> <p>“Sugere-se que as intervenções de enfermagem para atender a essas demandas considerem a natureza da mudança, seus fatores de potencialidade e fatores de risco;</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>assim, o enfermeiro terá subsídios para direcionar intervenções de Enfermagem, para auxiliar o idoso, para manutenção e / ou melhoria do estado de saúde, bem como para prevenir lesões.”</p> <p>“Isolamento, dificuldades nas relações pessoais e problemas de comunicação são listados como fatores que podem contribuir para um transtorno psiquiátrico.”</p> <p>“Cabe ressaltar que, embora seja esperada uma redução na capacidade de locomoção dos idosos, é essencial avaliar o grau de incapacidade apresentado por esses sujeitos, uma vez que a redução da locomoção interfere diretamente no desenvolvimento das atividades diárias e na autoestima. Avalia-se que a Enfermagem deve atentar para o dimensionamento de pessoal de acordo com o nível de dependência dos idosos.”</p> <p>“Sabe-se que o enfermeiro é um profissional indispensável nas ILPIs, possuindo o conhecimento técnico-científico para realizar uma assistência integral e humanizada ao idoso. Considera-se de suma importância que os enfermeiros conheçam o público com quem trabalham.”</p> <p>“Para isso, os diagnósticos de Enfermagem são utilizados para realizar um cuidado direcionado às necessidades individuais, considerando as peculiaridades de cada idoso</p>	
--	--	--	--	---	--

				e visando a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem.”	
<p>Perfil sociodemográfico e de saúde de idosos institucionalizados</p> <p>Alcântara R., Cavalcante, M., Fernandes, B., Lopes, V., Leite, S. & Borges, C.</p> <p>Journal of Nursing</p> <p>2019</p>	<p>219 prontuários de idosos, mediante a aplicação de um instrumento semiestruturado</p>	<p>Descrever o perfil sociodemográfico e de saúde de idosos institucionalizados.</p>	<p>Estudo quantitativo, descritivo, transversal.</p>	<p>“(...) o envelhecimento populacional causa mudanças socioeconômicas relevantes, como o aumento da demanda e da reestruturação de serviços de saúde e de profissionais capacitados para assistir essa população.”</p> <p>“(...) a atenção deverá ser maior, visto que essas modificações ocasionam maior demanda nos serviços de saúde, previdenciário e social, acarretando, portanto, a necessidade de acompanhamento profissional, inclusive com o encaminhamento para uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI).”</p> <p>“(...) os serviços prestados pelas ILPIs precisam ser sensíveis às necessidades das pessoas idosas no intuito de reduzir os riscos relacionados à institucionalização.”</p> <p>“(...) as ILPIs devem ser um local de proteção, de cuidado e atenção integral, especialmente para idosos em estado de vulnerabilidade social.”</p> <p>“Constata-se, com relação às variáveis de institucionalização, que a informação sobre o recebimento de visitas é preocupante, já que 40,6% dos idosos não recebem visitas de familiares ou amigos.”</p> <p>“(...) na institucionalização, a rede de apoio é imprescindível, pois auxilia o idoso a se</p>	<p>A11</p>

				<p>adaptar a essa situação, bem como a melhorar seu bem-estar e sua qualidade de vida.”</p> <p>“(…) o grande desafio é ajudar o idoso institucionalizado a estabelecer relações sociais, principalmente com os demais residentes da instituição.”</p> <p>“(…) idosos institucionalizados têm baixa motivação para desenvolver amizades com os demais internos, além de apresentar atitudes preconceituosas e rejeitadoras em relação a eles.”</p> <p>“(…) no ambiente da ILPI, a comunicação interpessoal e limita-se a vida social e afetiva. (…) na vida institucional é necessário que o idoso estabeleça novos relacionamentos e demarque seu espaço, tendo como referencial seu antigo estilo de vida.”</p> <p>“(…) a equipe multiprofissional inserida nesse cenário tem como responsabilidade apoiar esses idosos no seu processo de institucionalização e fornecer suporte social, emocional, físico e mental.”</p> <p>“(…) que é importante ainda que sejam estimulados e fortalecidos os vínculos e a reintegração no contexto familiar atribuindo à família os cuidados com o idoso.”</p> <p>“Destaca-se a importância da avaliação do grau de dependência de idosos institucionalizados como meio subsidiador do</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>planejamento e da execução de ações no âmbito institucional.”</p> <p>“(…) a equipe multiprofissional deve destinar um olhar atento às limitações e planejar, com a equipe especializada, cuidados específicos efetivos e de reabilitação para que esse idoso possa desenvolver, com o máximo de autonomia e independência, suas atividades de vida diária encorajando-o a superar certos obstáculos para a sua melhor adaptação ao novo ambiente de moradia nas ILPIs.”</p> <p>“(…) um dos maiores desafios na atenção à pessoa idosa é a percepção da equipe multiprofissional no que se diz respeito a todos os fatores que influenciam a vida dos idosos. (...) o cuidado deve acontecer de forma integral e holística, baseando-se em todas as possibilidades que possam implicar, de forma negativa, a qualidade de vida destes.”</p> <p>“Deve-se ter a preocupação em manter uma ILPI preparada para receber bem e de forma digna essa população, em que o foco deve ser manter um ambiente agradável para a promoção, a reabilitação e a recuperação do estado geral de saúde do idoso. “</p> <p>“Enfatiza-se uma assistência individualizada e humanizada, a partir do conhecimento do perfil dos idosos institucionalizados, proporcionando, dessa forma, um envelhecer digno.”</p>	
--	--	--	--	---	--

<p>O que levou os idosos à institucionalização?</p> <p>Lopes VM, Scofield AMTS, Alcântara RKL et al.</p> <p>Revista de Enfermagem</p> <p>2018</p>	<p>Instituição de longa permanência para idosos: consulta a 219 prontuários</p>	<p>Descrever os principais motivos que levaram os idosos à institucionalização</p>	<p>Estudo quantitativo, transversal</p>	<p>“(…) a institucionalização para idosos é caracterizada por oferecer atividades direcionadas ao cuidado como, também, moradia em longo prazo àqueles que necessitam podendo ser de natureza assistencial, filantrópica, privada e governamental.”</p> <p>“Aumentou-se a busca por esse ambiente e serviço com as mudanças no perfil demográfico e epidemiológico, em âmbitos nacional e internacional.”</p> <p>“(…) é importante que, uma vez institucionalizado, o idoso tenha uma equipe de profissionais responsável por acolher, preservar e incentivar a autonomia e a independência buscando atender ao conjunto de necessidades e assegurando-lhe uma atenção integral.”</p> <p>“Destaca-se o papel da equipe de saúde para o reconhecimento e a compreensão das mudanças no estado físico e/ou mental que possam comprometer a qualidade de vida dos idosos residentes.”</p> <p>“os idosos optaram por residir na instituição devido a vínculos fragilizados na família, seja essa formada por algum grau de parentesco ou não; sentimento de fardo na família; morar sozinho e/ou com outro idoso; autopercepção</p>	<p>A12</p>

				<p>de capacidade e desempenho funcional comprometidos; dificuldades financeiras; sofrerem diversos tipos de violência na família e na sociedade e falecimento do cônjuge.”</p> <p>“(…) o indício da espontaneidade para a institucionalização pode pressupor uma nova categoria de idosos que estão deixando de lado seus preconceitos e discriminações para experienciar uma outra vida e se adaptar com a reconstrução de novos vínculos e sentimentos, apesar dos desafios encarados em um ambiente estranho.”</p> <p>“(…) o aumento da idade caminha com o processo de readaptação cognitiva e emocional resultando no estabelecimento de novas metas, crenças individuais, normas e valores internos, sobretudo, na mudança de ambiente.”</p> <p>“(…) a convivência com pessoas desconhecidas, a dependência de outras pessoas e o repúdio por estarem naquela condição trazem revolta e abre-se um leque de situações, sentimentos vividos e momentos diversos associados a cada um deles. Essas particularidades podem dificultar o relacionamento e a boa convivência.”</p> <p>“Necessita-se, na dinâmica do trabalho em equipe em uma instituição de longa permanência, de diálogo, consenso de ideias, esclarecimentos e de apoio de amigos e</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>familiares para a mediação de conflitos e a adaptação do idoso ao ambiente institucional.”</p> <p>“(…) o apoio da família e da sociedade ao idoso é fundamental para fazê-lo sentir-se mais protegido, seguro e capaz de recorrer a diversas opções de suporte no intuito de minimizar sentimentos de tristeza, solidão e isolamento social.”</p> <p>“Espera-se que o idoso que entrou por vontade própria tenha menos dependência do que aquele que entrou por qualquer outro motivo. Vê-se que, em geral, a amostra aponta 65,7% de idosos dependentes. Converge-se esse dado com pesquisas nacionais e internacionais, com uma prevalência de 66,9%¹⁷ e 92,5%,⁹ respectivamente.”</p> <p>“(…) no âmbito da institucionalização, o declínio na saúde física e mental, a perda da capacidade funcional e o enfraquecimento dos laços familiares e sociais representam uma barreira para o envelhecimento ativo.”</p> <p>“(…) o envelhecimento (...) tem contribuído para acelerar o processo de institucionalização e a necessidade da oferta de serviços de moradia para o idoso implicando maiores gastos na saúde pública, problemas relacionados à previdência social, piora do acolhimento, tratamento indigno à pessoa idosa e a desqualificação da assistência.”</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>“(…) independentemente do motivo de institucionalização, a equipe de profissionais de instituições de longa permanência deve respeitar a história de vida, os sentimentos, os valores e os hábitos culturais dos idosos contribuindo para a melhoria da assistência e para a difusão da ideia de que a instituição não é lugar somente para idosos desamparados, mas um espaço para viver com dignidade e qualidade.”</p> <p>“O conhecimento é fundamental para a elaboração de intervenções voltadas para as famílias a fim de postergar a entrada nas instituições, uma vez que existem poucas e grande parte das existentes possui inúmeros deficits de estrutura e profissionais desqualificados.”</p> <p>“(…) apoiar os estabelecimentos existentes na melhoria dos seus serviços e no auxílio aos investimentos para eles poderem receber e estar preparados para a nova demanda.”</p>	
Relação entre a capacidade funcional e a institucionalização da pessoa idosa: uma revisão integrativa	Analisados sete artigos, no período de outubro e dezembro de 2013	Analisar, nas produções científicas, a relação entre a capacidade funcional e a institucionalização da pessoa idosa.	Qualitativo: RI	<p>“(..)o Estatuto do Idoso é considerado um marco importante na manutenção de um bom estado de saúde do idoso, com a finalidade de se alcançar envelhecimento ativo para que o idoso faça parte da comunidade e da família com o mais alto grau possível de independência física, psíquica e social, visto que o Estatuto representa o conjunto dos direito e deveres da pessoa idosa.”</p>	A13

Revista Online de Pesquisa, Cuidado é fundamental 2018				<p>“(…) o aumento do grau de dependência causada pela diminuição da aptidão física e cognitiva decorrente do processo de envelhecimento é observado principalmente em idosos institucionalizados, tendo como consequência da inatividade do indivíduo”</p> <p>“A institucionalização trata-se de uma nova experiência na vida do idoso, muitas vezes ele sofre transformações importantes, como distanciamento dos familiares e amigos, perda da autonomia, da privacidade e da individualidade, o que pode agravar seu estado de saúde atual e acarretar também problemas sociais.”</p> <p>“(…) muitas pesquisas apontam que os idosos institucionalizados apresentam limitações funcionais, porém não mostram se essa condição pode ter sido favorecida ou ampliada pela própria institucionalização (…)</p> <p>“(…) dados levantados demonstraram que existe relação discreta entre a institucionalização e o desenvolvimento de incapacidades funcionais em idosos já dependentes e uma melhora da condição física dos idosos independentes.”</p> <p>“ (…) a forma como muitas ILPIs são organizadas permite que o indivíduo interno não possua identidade, muito menos, autonomia, sendo submetido a um regime de privação social que é imposto por uma equipe</p>	
---	--	--	--	--	--

				<p>de cuidadores que presta assistência em horários pré-definidos, permitindo-nos concluir que o processo de asilamento fere o Estatuto do Idoso o qual visa assegurar sua autonomia.”</p> <p>“(…) a privação social e a perda de autonomia que o idoso sofre com a institucionalização tendem a provocar alterações físicas e psicológicas, bem como o desenvolvimento de incapacidades funcionais pelo fato de que muitas ILPIs não buscam atender às necessidades individuais de idoso institucionalizado.”</p> <p>“Essas instituições possuem uma dupla função, a de assistir o idoso no âmbito da saúde, atendendo as demandas e necessidades que essa população oferece, promovendo a sua autonomia e preservando a sua independência, e no âmbito social, não permitindo a quebra do vínculo familiar.”</p> <p>“(…) muitas instituições de longa permanência não realizam atividades ocupacionais durante o dia a dia dos idosos, fazendo com que se restrinjam às atividades menos exigentes e que requeiram menor esforço, favorecendo o sedentarismo que pode ser agravado com o aumento da idade, ocasionando a perda da aptidão física e o comprometimento da sua capacidade funcional.”</p> <p>“(…) imprescindível o desenvolvimento de estudos prospectivos com o intuito de</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>identificar a ocorrência de incapacidades funcionais em idosos após sua admissão nas instituições de longa permanência, visando à execução de uma assistência focada na manutenção da autonomia e na diminuição das incapacidades que culmine, assim, em uma vida independente para essa população.”</p> <p>“(…) faz-se necessário o reconhecimento dessas lacunas a fim de se planejar uma assistência de qualidade à população idosa internada nas instituições de longa permanência.”</p> <p>“(…) sugere-se que os gestores das ILPIs e os profissionais de saúde busquem estratégias de avaliação e acompanhamento da capacidade funcional dos idosos desde sua admissão na instituição, com intuito de individualizar e direcionar as atividades, bem como reduzir os possíveis danos causados pelas incapacidades físicas a fim de proporcionar um envelhecimento ativo à população idosa internada nessas instituições.</p>	
<p>Avaliação nutricional de idosos residentes em instituições de longa permanência</p> <p>Lima, A., Gomes, K., Pereira, F., Barros L., Silva, M. & Frota N.</p>	<p>Duas ILPIs: 78 idosos institucionalizados</p>	<p>Avaliar o estado nutricional de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência</p>	<p>Estudo descritivo e transversal com abordagem quantitativa</p>	<p>“O envelhecimento é um processo fisiológico que sofre interferência de fatores biológicos e sociais. É caracterizado por degeneração gradativa das funções e estruturas do organismo, o que acarreta diminuição da capacidade cognitiva e motora. Devido às limitações enfrentadas nesta fase da vida, faz-se necessário um cuidado especial aos idosos.”</p>	<p>A14</p>

Revista Baiana de Enfermagem 2017				<p>“Para o idoso, é difícil a aceitação da mudança de lar por ocasionar a rutura do convívio contínuo com os familiares, a perda da liberdade individual e da autoconfiança tendo em vista que, muitas vezes, o mesmo é levado ao abrigo contra a sua própria vontade, tendo suas escolhas ignoradas.”</p> <p>“Apesar de as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) atenderem todas as necessidades do idoso, como: moradia, boa higiene, alimentação e acompanhamento médico há uma espécie de isolamento de suas atividades familiares e sociais, vivendo muitas vezes em situações de readaptação às atividades de vida diária e hábitos biológicos como o sono e a alimentação, que podem afetar a sua qualidade de vida.”</p> <p>“Cada ILPI tem como função prestar assistência integral à pessoa idosa, no entanto, por meio de observações empíricas realizadas em visitas a ILPIs, nota-se que fatores como: o isolamento social, os medicamentos utilizados, a ingestão de líquidos inadequados, a fração de refeições, o modo de se alimentar, dentre outros, podem influenciar na qualidade do estado nutricional da pessoa idosa.”</p> <p>“Evidências sobre avaliação nutricional em dois ambientes, com idosos institucionalizados e idosos não institucionalizados, identificou uma</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>prevalência maior de risco de desnutrição em cerca de 80% no grupo de idosos institucionalizados, ou seja, frequência bem maior que a encontrada no presente estudo, enquanto no grupo de não institucionalizados 20% com risco de desnutrição.”</p> <p>“Nas ILPIs, os idosos podem estar expostos a diversos riscos associados à estrutura física do local e à disponibilidade de recursos humanos, tornando a atenção em saúde ao idoso deficiente, o que pode favorecer o surgimento de agravos clínicos(...).”</p> <p>“Sabe-se que para realização dessas práticas é preciso que o profissional conheça a si mesmo para que possa entender e compreender o outro, pois educar é ensinar e aprender diariamente. Nesse sentido, deve-se respeitar o conhecimento do outro, usando para o favorecimento na transferência de ideias, possibilitando a construção de novos saberes para a melhoria na qualidade de vida dos idosos.”</p> <p>“(…) é necessária a implantação de educação continuada entre os profissionais que atuam nessas instituições com o intuito de capacitá-los sobre as diretrizes e orientações mais recentes, possibilitando a melhora dos cuidados prestados aos idosos institucionalizados a partir do aperfeiçoamento teórico.”</p>	
--	--	--	--	--	--

<p>Significados atribuídos por profissionais de saúde ao processo de envelhecimento de idosos institucionalizados</p> <p>Almeida, C., Silva, F., Souza, V., Santos, V., Lago, E. & Moreira, W.</p> <p>Revista Rene</p> <p>2017</p>	<p>10 profissionais de saúde em duas instituições de longa permanência para idosos</p>	<p>Analisar os significados atribuídos por profissionais de saúde ao processo de envelhecimento de idosos institucionalizados</p>	<p>Estudo qualitativo: Entrevista semiestruturada</p>	<p>“o envelhecimento é processo fisiológico, dinâmico e progressivo, no qual estão envolvidos múltiplos fatores fisiológicos, psicológicos e sociais que podem variar individualmente. Dessa forma, o idoso necessita não somente de cuidados individuais, mas também de atenção da sociedade.”</p> <p>“(…) fatores demográficos, sociais, familiares e de saúde constituem causas para a institucionalização dos idosos.”</p> <p>“(…) instituições de longa permanência necessitam de capacitação dos profissionais para o cuidado aos idosos institucionalizados, como se não bastassem as portarias, políticas, estatutos e/ou cartilhas sem a devida preocupação com a qualificação profissional. O apoio na formação pode contribuir para o desenvolvimento do pessoal de saúde, promovendo práticas mais adequadas que atendam as necessidades da população institucionalizada.”</p> <p>“(…)os idosos demonstraram fragilidade pelo abandono familiar, o que pode causar diversos danos psicológicos, como o sentimento de impotência, diminuindo a autoestima e afetando seu estado emocional.”</p> <p>“(…) há a necessidade de qualificação contínua dos profissionais quanto à abordagem das demandas afetivas dos idosos</p>	<p>A15</p>
--	--	---	---	--	-------------------

				<p>institucionalizados, promovendo constantemente atividades de lazer e recreação que auxiliam no resgate da autonomia.”</p> <p>“apreende-se que os idosos se sentem isolados, excluídos e abandonados pela família, com sua dignidade e autoestima afetadas, ressaltando a importância do convívio social dos indivíduos como um dos fatores importantes para melhor percepção de qualidade de vida.”</p> <p>“Para os idosos possuírem qualidade de vida é necessário que seus valores culturais, juntamente com as experiências vividas ao longo do tempo, sejam respeitados, garantindo, assim, a autonomia, de acordo com suas limitações.”</p> <p>“(…) alguns idosos têm dificuldade de lidar com o próprio envelhecimento por conta de sua condição de saúde e a vulnerabilidade na qual se encontram, pois existem vários fatores que contribuem para que esses idosos sejam institucionalizados.”</p> <p>“(…)por mais acolhedoras que sejam as instituições de longa permanência, conforme observado nos relatos acima, os idosos necessitam de cuidados específicos e individualizados. Por conseguinte, considera-se que a lógica das organizações destas instituições não deve ser descartada, mas sim complementar ao cuidado especializado.”</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>“A institucionalização é motivada por uma série de fatores dos quais se destacam a idade avançada, questões financeiras, necessidade crescente de cuidado por parte do idoso, problemas físicos e mentais e falta de espaço.”</p> <p>“(…) destaca-se que o reconhecimento do processo de envelhecimento é inevitável, representando importante questão familiar, independentemente da vivência conjunta ou separada.”</p> <p>“(…) as instituições de longa permanência para idosos ainda contrastam com a paisagem de envelhecimento bem-sucedido, por representarem solidão, conformismo e abandono.”</p> <p>“Esse tipo de moradia, por manter a pessoa idosa fora de seu convívio familiar, tem o inconveniente de produzir isolamento, inatividade física e mental, diminuindo, consequentemente, a qualidade de vida. A institucionalização tornou-se realidade atual, pois acolhe demanda maior de idosos devido aos fatores demográficos, sociais e de saúde.”</p> <p>“A sociedade vem mostrando não estar preparada para atender o envelhecimento da população.”</p> <p>“A rigidez das instituições de longa permanência aproxima-as daquelas denominadas instituições totais, lugares de</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>residência e trabalho, onde grande número de indivíduos fica isolado socialmente e partilha em sua reclusão, a rotina diária, administrada formalmente. Esses ambientes dificultam a comunicação interpessoal no contexto comunitário e limitam a vida social e afetiva.”</p> <p>“(…) a visão preconceituosa sobre o envelhecimento muitas vezes decorre da insuficiente informação a respeito do processo, gerando significados e imagens negativas, comprometendo a vivência e a interação entre as pessoas. Esses significados compõem estereótipos que podem ou não levar à exclusão ou valorização dos idosos na comunidade.”</p> <p>“Entende-se como qualidade de vida, a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.”</p> <p>“(…)o cuidado de idosos institucionalizados deva se tornar individual e resolutivo, sendo relevante que os profissionais de saúde, das diversas áreas sociais e da educação possam discutir e avançar os conhecimentos em relação ao processo de envelhecimento humano.”</p> <p>“(…) sendo necessária formação especializada dos profissionais de saúde e cuidadores de idosos, com conhecimentos exigidos</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>pertinentes às habilidades e competências esperadas.”</p> <p>“O envelhecimento representa processo biopsicossociocultural e, por essa natureza, gera demandas complexas e exige cuidado diferenciado. O envelhecimento bem-sucedido não é privilégio ou sorte, mas objetivo a ser alcançado por quem planeja e trabalha para isso, sabendo lidar com as mudanças que efetivamente acompanham o envelhecer.”</p> <p>“O lar deve ser o lugar onde cada um se sente importante, útil, único e desempenhando seu papel. Afinal, a qualidade de vida pode ser indicada pela capacidade que o idoso tem para desempenhar as atividades básicas da vida diária de modo independente.”</p> <p>“(…) as instituições de longa permanência para idosos precisam proporcionar aos mesmos cuidados e dignidade, de forma a potencializar sua qualidade de vida, bem como estimular a independência possível e o autocuidado.”</p> <p>“Se, por um lado, a institucionalização é benéfica por oferecer acolhimento, acesso à assistência médica, alimentação e moradia, ou ainda porque diminui a sobrecarga dos cuidadores, por outro lado, representa enfraquecimento ou ruptura dos laços familiares e sociais”</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>“(…) sentimento de pertencer a um grupo é o que fundamenta a relação social, assim, a existência de comunidades torna-se necessária, pois essas provêm do espaço no qual os indivíduos podem estabelecer relações de maior proximidade, de intimidade, ou seja, relações mais pessoais. As relações interpessoais são, portanto, de extrema importância para se lidar com situações novas e estressantes.”</p> <p>“(…)as instituições de longa permanência devem zelar e acolher os idosos de forma humanizada, fornecendo-lhes alimentação, moradia, cuidados com a higiene pessoal e a saúde. Além disso, devem, também, proporcionar atividades recreativas, lúdicas, esportivas, manuais e sociais, as quais possibilitem assegurar o envelhecimento saudável e digno.”</p> <p>“(…) a análise dos significados atribuídos por profissionais de saúde ao processo de envelhecimento permite refletir sobre a prática cotidiana da integralidade no cuidado aos idosos que residem em instituições de longa permanência. Esta reflexão possibilita discutir sobre a necessidade de formação especializada para profissionais de saúde e cuidadores, o que pode subsidiar o planejamento de ações de educação permanente a fim de potencializar adequações de habilidades e competências esperadas.”</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>“Os símbolos identificados como significados atribuídos pelos profissionais de saúde resultaram em aspectos relacionados ao ser idoso; idoso frágil; exclusão social e valores culturais.”</p> <p>“A respeito do significado na construção do pensamento, foram identificados aspectos relacionados às instituições de cuidado, especialmente o acolhimento e a organização. A partir da apreensão desses significados, verificou-se a relação símbolo, referente e pensamento, o que possibilita influenciar nos comportamentos e condutas no cuidado de idosos institucionalizados.”</p>	
<p>Velhice institucionalizada em tempos pós-modernos: a identidade em universo paralelo?</p> <p>Carrara, B. & Santo, P.</p> <p>Revista de Enfermagem</p> <p>2016</p>	<p>cinco idosos residentes de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI)</p>	<p>Compreender a experiência subjetiva de idosos diante de sua institucionalização bem como a percepção de sua identidade na sociedade pós-moderna</p>	<p>estudo qualitativo com utilização da observação participante, entrevista semiestruturada e diário de campo, para a produção dos dados</p>	<p>“No tocante ao envelhecimento, o contexto pós-moderno produz um paradoxo, pois concomitantemente ao êxito da ciência e da tecnologia no prolongamento da vida existe a falta de preparo da sociedade no que se refere ao acolhimento da velhice.”</p> <p>“(…) o crescimento da população idosa está sendo acompanhado pela incerteza das condições de cuidado que ela possuirá, sendo, portanto, função do Estado e do mercado privado dividirem a responsabilidade com as famílias no cuidado com os idosos, e uma das alternativas existentes corresponde à institucionalização”</p> <p>“(…)as instituições asilares são vistas como um lugar de exclusão, de isolamento, de</p>	<p>A16</p>

				<p>depósito de idosos abandonados, local para onde ninguém gostaria de ir, que expressa marcas de situações de vida precárias.”</p> <p>“(…)a instituição possui uma condição assustadora e inevitável em que o isolamento, a diminuição das relações afetivas e a separação do calor humano familiar fazem com que o tempo cotidiano seja de sofrimento para os idosos que vivem neste local.”</p> <p>“(…)o aumento do número de idosos é evidente e inquestionável, e as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) (...) são importantes opções de atendimento a esta população, mas é preciso que possuam infraestrutura adequada para atenderem às necessidades deste segmento populacional e que correspondam às alterações próprias relacionadas à idade.”</p> <p>“(…) o processo de institucionalização tem significados poucos recetivos, sendo uma condição de difícil aceitação tanto para os idosos quanto para os familiares e para a própria sociedade.”</p> <p>“(…) existe relação entre a instituição como opção de moradia e local de segregação geracional, permeado por normas e regras institucionais e pelo isolamento, o que favorece a perda da autonomia e do autocuidado e aumento das perdas cognitivas e físicas decorrentes da idade.”</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>“O indivíduo que chega a uma instituição possui uma “cultura aparente”, cujo modo de vida e atividades que eram aceitas em seu ambiente civil e cuja concepção que o indivíduo tinha de si, construída em seu “mundo doméstico”, se modificam no momento da admissão.”</p> <p>“(…) começa uma série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do eu. O seu eu é sistematicamente, embora muitas vezes não intencionalmente, mortificado.”</p> <p>“A “mortificação do eu “corresponde à mutilação da identidade do indivíduo quando ele se depara com homogeneização dentro do sistema institucional, deteriorando a identificação do sujeito com os antigos papéis sociais. São ataques constantes à identidade do indivíduo, que leva ao “despojamento” do papel, devido à imposição de barreiras no contato do internado com o mundo externo.”</p> <p>“(…) sua sobrevivência associa-se à possibilidade de reconstruir sua individualidade na interação com os demais residentes e com a própria equipe de funcionários, em uma tentativa de ser reconhecido pelo outro e de construir sua identidade, pois “a existência do indivíduo pressupõe o outro, mas não só, pressupõe a existência apesar do outro, em relação necessária com o outro”.”</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>“O idoso institucionalizado afasta-se deste contexto social que o construiu e a estrutura, desconectando-o do mundo e comprometendo sua individualidade, e sua função é recuperar, de alguma forma, aquilo que lhe foi retirado, inclusive sua liberdade, colocando-o em condição fragilizada.”</p> <p>“(…) para muitos idosos, o momento considerado “a fase da terceira idade”, torna-se uma etapa de marginalização e estigmatização.”</p> <p>“Visto que não há espaço para o “mau envelhecimento” em uma sociedade onde a autonomia e a independência são características essenciais para um “bom envelhecimento”, o descrédito da velhice se dá entre o que é esperado do indivíduo idoso pela sociedade e sua não correspondência.”</p> <p>“No trato com a velhice institucionalizada, é necessário dar um tempo que não existe, pois, “o tempo no asilo é outro, passa mais devagar, ou nem passa”.”</p> <p>“As instituições asilares possuem características de instituições totais, vistas como locais de segregação, de isolamento, permeados por um conjunto de normas e regras. O cotidiano dos idosos é estabelecido pela equipe dirigente, existem horários para as atividades, que são realizadas em conjunto</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>pelos residentes sob diferentes autoridades da instituição.”</p> <p>“A ocupação do tempo, na instituição asilar, tem um ritmo diferente do mundo externo deixado pelo idoso (ou arrancado dele). A velocidade dos fazeres cotidianos é outra, e pode ser que os “fazeres” não existem, ou então, o fazer é “fazer nada”. É como se os idosos paralisassem diante de suas condições de limitações e se dedicassem a um esgotamento.”</p> <p>“Os idosos institucionalizados enfrentam adaptações às novas identidades, ao ambiente desconhecido, ao novo contexto de moradia, às convivências cotidianas.”</p> <p>“A reconstrução de papéis está limitada a uma dimensão reduzida da realidade social, inserida no espaço físico da instituição.”</p> <p>“(…) essa divisão de um mesmo espaço, na qual as diferenças de personalidade e de condição de existência exigem do idoso, constantemente, novos encontros com o “outro”, provocam conflitos, discussões, brigas e desentendimentos.</p> <p>“O idoso mais passivo compreende os confrontos e aprende a lidar com as situações conflituosas como uma maneira de se proteger e não criar mais problemas. Assim, também, se dá a relação com a equipe dirigente, que, de acordo com Goffman, são as chamadas</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>“táticas de adaptação” que passam os idosos, e se referem às maneiras de desenvolver a adaptação dentro da instituição a partir do momento da admissão.”</p> <p>“(…) pois no momento da chegada o estranhamento é natural devido à rutura com o mundo externo e ao encontro com um mundo interno, novo e desconhecido.”</p> <p>“Em contato com a realidade da institucionalização, cada idoso vivencia, percebe e significa quem ele é e como ele se constrói diante desta nova forma de viver. Este viver está em constante construção e necessita do que já se foi e do que é para poder ser.”</p> <p>“Atualmente, ele continua rodeado de pessoas na instituição, porém, tentando desempenhar novos papéis. Antes, não havia “tempo para nada”, agora, o tempo precisa ser preenchido para não se esgotar.”</p> <p>“Quando o idoso está inserido em uma instituição, a busca por um envelhecimento saudável é mais limitada, pois entre tantos fatores, a segregação social se destaca, dificultando as assimilações.”</p> <p>“(…) mesmo diante de algumas perdas e limitações associadas ao envelhecimento e à institucionalização, existem potenciais e desejos contribuindo na construção de novos papéis, na construção da vida.”</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>“Ao envelhecer, o idoso transparece maior necessidade de cuidado, atenção, amor e afeto, e tais aspectos, quando relacionados com positiva dinâmica familiar e com o histórico de vida, se intensificam. (...) a afetividade é significativa na vida do idoso e o convívio com a família é um benefício, em se tratando de qualidade de vida.”</p> <p>“(...)remete a um medo de ser mandada embora pela equipe dirigente e, com isso, reforça que possui atitudes corretas, colaborando com a instituição, refletindo, novamente, a “conversão”, tática de adaptação (...).”</p> <p>“A desaceleração de corpos e ações, na instituição asilar, é evidente, assim como o paradoxo de sentimentos que a acompanha. Se existe o conformismo com a condição de vida e moradia, existe, também, a esperança de mudança, de sair da instituição. Essa espera pode ocupar o pensamento e preencher o tempo desacelerado, esgotado.”</p> <p>“A perda da autonomia e/ou independência, o surgimento de doenças e a falta de companhia e cuidado foram os principais pontos relatados pelos idosos a fim de justificarem sua nova moradia.”</p> <p>“Essas razões apontam a importância de as ILPIs integrarem a assistência à saúde à assistência social de uma forma digna com o</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>propósito de que o estigma da instituição, como local de exclusão social do idoso, seja reduzido.”</p> <p>“(…)apreendemos que as relações humanas constituem um indivíduo em sua história e, o idoso, ator social que sofre perdas em diversos âmbitos da vida, é capaz de se reconstruir, mesmo que esteja institucionalizado.”</p> <p>“Alguns papéis desempenhados antes de serem institucionalizados foram, realmente, perdidos, porém, a possibilidade de encontrar novos caminhos, de ressignificar a vida, existe.”</p> <p>“Apesar de um cotidiano controlado e monótono, eles convivem uns com os outros, e também, com a equipe dirigente, formando um grupo.”</p> <p>“(…)mesmo que a fragilidade física seja um fator que limite a independência dos idosos, a autonomia se faz presente e pede espaço na vida dos cinco idosos entrevistados.”</p> <p>“(…)é importante que a instituição encontre alternativas que vão ao encontro das potencialidades, capacidades e habilidades dos idosos, permitindo que eles se coloquem diante da vida e se vejam em outras atribuições, construindo novas identidades.”</p> <p>“A velhice institucionalizada aponta novos ritmos, velocidades, movimentos. É</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>perceptível, simplesmente, ao visitar uma instituição.”</p> <p>“Isso não significa que o sofrimento, a solidão, o medo, os esgotamentos, entre outros, não existam no cotidiano institucional, mas indicam possibilidade de ampliação do olhar no trato com a velhice, com a velhice institucionalizada, encarando novas maneiras de intervenção, respeitando o fluxo da vida nesta etapa.”</p>	
<p>Risco para quedas e fatores associados em idosos institucionalizados</p> <p>Sousa, J., Stremel, A., Greden, C., Borges, P., Reche, P. & Silva, J.</p> <p>Revista Rene</p> <p>2016</p>	<p>Duas Instituições de Longa Permanência para idosos, com 61 residentes de ambos os sexos</p>	<p>Identificar os fatores associados ao risco para quedas em idosos institucionalizados</p>	<p>Estudo analítico</p>	<p>“Observou-se associação significativa entre o risco para quedas e a idade dos residentes ($p=0,004$), o tempo de institucionalização ($p=0,028$), a ocorrência de eventos adversos ($p=0,000$) e a quantidade de medicamentos consumido pelos idosos institucionalizados ($p=0,038$). Desse modo, idosos institucionalizados em idade mais avançada, com consumo elevado de medicamentos e com mais eventos adversos mostraram maior risco para quedas.”</p> <p>“Residir especialmente em instituições de longa permanência predispõe a maior risco de quedas devido à presença de preditores importantes relacionados aos residentes, como comorbidades, déficits sensoriais e de equilíbrio, declínio cognitivo e funcional e uso de polifarmácia.”</p>	<p>A17</p>

				<p>“(…) o tempo de institucionalização encontrou-se associado ao risco para quedas, possivelmente devido ao acúmulo de fatores de risco a esses eventos com o passar do tempo.”</p> <p>“(…) o cuidado fornecido nessas instituições pode não proporcionar as orientações e suporte para o uso adequado desses equipamentos, ocasionando riscos à saúde dos residentes.</p> <p>“A efetiva identificação dos preditores pode minimizar ou mesmo evitar novas quedas, o que pode ser viabilizada por meio da descrição precisa e pormenorizada desses eventos pelos cuidadores nas instituições de longa permanência.”</p> <p>“As condições de saúde dos idosos que residem nesse modelo assistencial específico reforçam a importância de uma avaliação multidimensional. A avaliação do risco pra quedas em idosos institucionalizados favorece a redução de eventos recorrentes e suas consequências, por meio do cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, sendo uma das responsabilidades do enfermeiro que atua nesses serviços.”</p>	
Perfil cognitivo e funcional de idosos moradores de uma instituição de longa	15 idosos	Identificar o perfil cognitivo e funcional de idosos de uma ILPI em Santos-SP e verificar	Abordagem quantitativa, sendo uma pesquisa	“(…) pode levar muitos idosos a serem institucionalizados, gerando neles uma disfunção ocupacional pela desestruturação ou	A18

<p>permanência para idosos</p> <p>Mendes, R. & Noveli, M.</p> <p>Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional</p> <p>2015</p>		<p>correlações entre as variáveis.</p>	<p>descritiva e de corte transversal</p>	<p>mudança da rotina diária, além da incapacidade funcional que já apresentavam.”</p> <p>“Os déficits cognitivos em um idoso são, muitas vezes, a origem de problemas funcionais, fazendo com que haja perda ou dificuldade para adquirir ou manter as capacidades e habilidades.”</p> <p>“De acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), o termo funcionalidade abrange as funções e estruturas do corpo; atividade e participação social, e fatores ambientais.”</p> <p>“O desenvolvimento, o desempenho e a manutenção do desempenho ocupacional são influenciados por elementos intrapessoais (aspectos temporais dos contextos do desempenho, bem como fatores genéticos, neurofisiológicos e patológicos) e extrapessoais (ambiente físico, elementos sociais, culturais e familiares).”</p> <p>“Atualmente, há uma mudança de paradigma, quando se reflete sobre o construto funcionalidade e envelhecimento, na medida em que se incluem na determinação da funcionalidade e incapacidade, aspectos relacionados ao contexto do ambiente físico e social, a diferentes percepções frente à incapacidade, a dependência e fragilidade na velhice.”</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>“As ILPIs visam a promover e melhorar a qualidade de vida dos idosos, e minimizar as inevitáveis restrições que a vida na instituição pode acarretar; assim, buscam manter a autonomia e a independência do idoso, respeitar a manutenção dos papéis sociais, garantir acesso ao melhor cuidado de saúde e proporcionar cuidado integral.”</p> <p>“O presente estudo, além de confirmar a presença de déficit cognitivo na população de idosos institucionalizados, aponta quais os domínios mais preservados – Percepção Espacial (0,83/1) e Percepção Visual (3,26/4); e os mais comprometidos – Construção Visomotora (2,44/5) e Operações de Pensamento (2,53/5).”</p> <p>“A partir dos resultados da DAD, os idosos apresentaram 54% de independência nas AVDs. As atividades que obtiveram maior percentagem de independência estão relacionadas às ABVDs, que são mais simples, como alimentar-se, e à continência.”</p> <p>“Já as atividades em que os idosos apresentaram menor independência fazem parte das AIVDs, como usar o telefone, fazer atividades fora de casa e atividades de lazer e de casa, que são mais complexas, podendo explicar o alto grau de dependência.”</p> <p>“(…) as AIVDs estão mais prejudicadas e, embora os idosos ainda apresentem certa</p>	
--	--	--	--	---	--

			<p>independência em relação às AIVDs, é necessário um acompanhamento e estímulo da realização destas atividades. Para que isto ocorra, torna-se importante a avaliação constante da capacidade funcional dos idosos para criação de estratégias que minimizem a progressão das perdas funcionais e cognitivas.”</p> <p>“(…) essas alterações e déficits causados pelo declínio cognitivo e funcional acarretam diminuição e/ou perdas nas habilidades dos idosos, interferindo de forma significativa na realização das AVDs, interferindo, então, em sua vida diária.”</p> <p>“(…) que a desestruturação ou modificação da rotina diária, como ocorre no contexto institucional – com a realização das tarefas de forma rotineira ou com a realização das atividades por outras pessoas sem ser os próprios idosos – gera uma disfunção ocupacional, levando à perda de habilidades que afetam negativamente os idosos.”</p> <p>“(…) foi observado na análise dos dados a partir do relato dos cuidadores, segundo a qual os idosos apresentariam 54% de independência para realizar as atividades que não são permitidas pela rotina da instituição, exceto saírem sozinhos de casa.”</p> <p>“Em ambientes institucionalizados, muitas vezes, o idoso não tem oportunidade de exercer sua autonomia, pois, pela rotina</p>	
--	--	--	--	--

				<p>institucional, não decidem horários, como querem ficar, que tipos de atividades desejam fazer, entre outras situações que poderiam ser realizadas por eles, mesmo com auxílio.”</p> <p>“(…) o estímulo à autonomia e à independência do idoso institucionalizado deve ser a condição primordial para a manutenção da sua independência física e comportamental.”</p> <p>“Observou-se que a falta de autonomia e independência pode ocorrer por conta da rotina institucional, sendo, então, de suma importância uma maior reflexão acerca deste aspecto para que possam ser propostas ações que visam a manter a capacidade funcional dos idosos institucionalizados pelo maior tempo possível.”</p>	
<p>Fatores associados ao comprometimento cognitivo em idosos institucionalizados: revisão integrativa</p> <p>Zimmermann, I., Leal, M., Zimmermann, M., Marques, A. & Gomes, E.</p>	<p>Artigos publicados entre 2009 e 2014, em português, inglês e espanhol</p>	<p>Contribuir para ampliar os conhecimentos acerca dos fatores associados ao comprometimento cognitivo em idosos institucionalizados</p>	<p>RI</p>	<p>“A idade dos idosos não interfere no desempenho cognitivo, fatores como condições de saúde física, autocuidado, contato com familiares, envolvimento com amigos e a igreja e atividades físicas exercem influência mais marcante do que a idade propriamente dita.”</p> <p>“A velhice, por se tratar de um processo heterogêneo, apresenta-se diferentemente para cada indivíduo e para o mesmo indivíduo ao longo da vida.”</p>	<p>A19</p>

Revista de Enfermagem 2015				<p>“(…) uma dieta rica em cereais, ovos, vegetais e peixes fornecem nutrientes para o funcionamento adequado do cérebro e, conseqüentemente, promove a manutenção da capacidade.”</p> <p>“Nas ILPI muitos são os obstáculos que se interpõem ao alcance dos objetivos nutricionais, tais como recursos institucionais, padrões de gerenciamento financeiro que, direta ou indiretamente, aumentam o risco de desnutrição, que pode ser influenciada pelas condições individuais e pela saúde debilitada dos residentes.”</p> <p>“Nos idosos institucionalizados que necessitam de assistência para se alimentar-se, agrava-se a possibilidade de se desenvolver a desnutrição.”</p> <p>“(…) os idosos institucionalizados apresentam uma maior adesão a terapia medicamentosa, porque sua administração está sob a responsabilidade da instituição.”</p> <p>“(…) nas ILPI, a administração dos medicamentos é da responsabilidade dos cuidadores e, em muitas situações, não existe o cuidado de orientar o idoso residente quanto à prescrição médica, portanto, essa falta de estimulação cognitiva e a dependência que os idosos vivenciam em muitas instituições interferem no desenvolvimento da cognição.”</p>	
---	--	--	--	--	--

				<p>“(…) a institucionalização favorece o CC quer seja pelo afastamento do idoso da vida em comunidade, quer seja pelo sedentarismo muitas vezes imposto pelas condições das ILPI.”</p> <p>“Quanto melhor a percepção de qualidade de vida geral, melhor é o funcionamento cognitivo global.”</p> <p>“O estudo revelou que idosos institucionalizados apresentaram elevadas concentrações de cortisol salivar, maior necessidade de uso de próteses e maior dependência física quando comparados com o grupo não institucionalizado.”</p> <p>“(…) as atividades físicas e atividades de estimulação cognitiva são ações que se tornam necessárias para estimular a saúde do idoso institucionalizado, mantendo a função e a cognição, a depressão seria evitada ou controlada, proporcionando uma melhoria da qualidade de vida desse idoso.”</p> <p>“O grau de dependência muitas vezes provocado nos idosos varia de acordo com a instituição acolhedora, as ILPI muitas vezes passam a assumir todas as responsabilidades que originalmente seriam do idoso.”</p> <p>“As restrições de atividades físicas, sejam de lazer ou AIVD, colaboram com a passividade dos residentes, tornando-os cada vez mais</p>	
--	--	--	--	--	--

				dependentes e, consequentemente, diminuindo sua capacidade funcional e cognitiva.”	
<p>Influência da institucionalização e da prática de atividade física no equilíbrio e na mobilidade funcional de idosos</p> <p>Broering, J., Rachadel, T., Luca, M. & Piazza, L.</p> <p>ConScientiae Saúde</p> <p>2015</p>	<p>Participaram 61 idosos, divididos em três grupos: 21 institucionalizados (GIN), 20 não institucionalizados ativos (GAT) e 20 não institucionalizados não ativos (GNAT)</p>	<p>Analisar a influência da institucionalização e da prática de atividade física no equilíbrio e na mobilidade funcional de idosos</p>	<p>Estudo transversal, descritivo e comparativo.</p>	<p>“a institucionalização pode influenciar negativamente no equilíbrio e na mobilidade dessa população. (...) idosos institucionalizados apresentam equilíbrio e mobilidade inferior em relação aos não institucionalizados praticantes de atividade física, além disso, possuem um maior risco de quedas.”</p> <p>“constatando que indivíduos independentes ativos não apresentaram alterações de equilíbrio por um período de três anos.”</p> <p>“O atual estudo também mostrou que os participantes mais comprometidos dos três grupos em relação ao equilíbrio foram os institucionalizados.”</p> <p>“O fato de as instituições não fornecerem atividades suficientes para os idosos serem considerados ativos pode ter influenciado nos resultados.”</p> <p>“os institucionalizados mostravam controle do equilíbrio significativamente menor que os não institucionalizados e apresentavam nove vezes mais risco de quedas.”</p> <p>“outro trabalho feito com 180 indivíduos institucionalizados com idade igual ou superior a 65 anos, constatou-se que a</p>	<p>A20</p>

				<p>prevalência de quedas entre estes idosos era alta e ocorre principalmente em lugares que deveriam ser considerados seguros, como o quarto.”</p> <p>“(…) na avaliação da mobilidade, observou-se nos indivíduos institucionalizados o pior tempo dos três grupos, sendo estes considerados, de acordo com a classificação do TUG, idosos que não realizam muitas atividades de vida diária e têm dificuldades na mobilidade.”</p> <p>“(…) há uma alta prevalência de quedas nesse grupo populacional, fato esse que requer maior atenção por parte da equipe multidisciplinar para prevenção desse tipo de acidente.”</p> <p>“Este estudo demonstrou a importância da atividade física na manutenção do equilíbrio e da mobilidade funcional de idosos e que estes fatores estão mais comprometidos na população institucionalizada, o que pode levar a um maior risco de quedas.”</p> <p>“(…)a institucionalização pode conduzir a um menor controle de equilíbrio, mobilidade funcional reduzida e, assim, maior risco de quedas.”</p>	
Qualidade de vida do idoso fragilizado e institucionalizado	Instituição de longa permanência para idosos: 33 idosos	Avaliar a qualidade de vida de idosos frágeis institucionalizados	Estudo transversal	<p>“A institucionalização, a qual é um resultado adverso da fragilidade, provém de fatores que sugerem abandono familiar, exclusão e isolamento social. Estes são motivos que</p>	A21

<p>Cordeiro, L.; Paulino, J., Bessa, M., Borges, C. & Leite, S.</p> <p>Acta Paulista de Enfermagem</p> <p>2015</p>	<p>frágeis e pré- frágeis</p>			<p>colaboram para o aparecimento de pensamentos, sentimentos e atitudes negativas ou para a rejeição, que compromete o estado emocional, mental e a qualidade de vida do idoso.”</p> <p>“a qualidade de vida é um termo abrangente e multidimensional, que se estabelece a partir de um conceito que aborda saúde física, estado psicológico, relações sociais e ambiente com base em avaliações subjetivas.”</p> <p>“(…) a Organização Mundial da Saúde propõe a Política do Envelhecimento Ativo, que visa aumentar a expectativa de uma vida saudável e à qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados.”</p> <p>“É esperado que, com o decorrer dos anos, os idosos estejam mais suscetíveis a problemas físicos e mentais, que prejudiquem a prática das atividades de vida diária, a autonomia e a independência, sobretudo quando esse idoso é frágil e sofre com as deficiências físicas inerentes da síndrome, acarretando redução no nível da qualidade de vida. Além disso, com a institucionalização, esses efeitos podem estar ou serem potencializados.”</p> <p>“Associação significativa foi obtida entre motivo de institucionalização e qualidade de vida.”</p>	
---	-----------------------------------	--	--	--	--

				<p>“Entende-se que isso pode acarretar níveis baixos de qualidade de vida, pois esse idoso pode apresentar dificuldade de adaptação, permanecendo na instituição não por aceitação da sua nova realidade, mas por orgulho ou necessidade de saúde.”</p> <p>“(…) qualidade de vida dos idosos de instituições de longa permanência está diretamente associada à atenção e aos cuidados individuais e especializados que eles recebem.”</p> <p>“Salienta-se que níveis baixos de qualidade de vida são fortes preditores de institucionalização, deficiências, fragilidades físicas e morte em 1 ano.”</p> <p>“A intimidade é uma atividade muito reservada; o idoso precisa de liberdade e autonomia para exercê-la e, provavelmente, na instituição fica impedido de expressar sua liberdade, resguardando-se e não demonstrando seus sentimentos.”</p> <p>“(…)ainda é presente o preconceito de funcionários e profissionais da saúde quanto à sexualidade na velhice, o que agrava o sentimento de vergonha e a falta de iniciativa.”</p> <p>“O idoso institucionalizado e fragilizado pode experimentar transformações associadas à perda de identidade, autonomia e confiança, intensificando o estado de solidão e a</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>dependência para a prática de atividades básicas de vida diária.”</p> <p>“A autonomia é a capacidade de tomar decisões; portanto, mesmo o idoso portador de deficiências e incapacidades pode ser capaz de responder por si.”</p> <p>“a assistência prestada na instituição de longa permanência para idosos, principalmente ao idoso frágil ou em estágio de fragilização, deve ser pautada na inclusão deste no processo de tomada de decisão, por medidas e estratégias de saúde, permitindo que ele seja sujeito cognoscente do seu cuidado, possibilitando o empoderamento do ser.”</p> <p>“Dessa forma, uma boa opção para manutenção desse resultado seria a possibilidade de um ambiente o mais próximo possível do domicílio do idoso, respeitando suas opiniões, valores, crenças e atitudes, estimulando e favorecendo a recepção e a realização de novas perspectivas.”</p> <p>“(…) torna-se fundamental a avaliação da qualidade de vida do idoso institucionalizado, sobretudo o fragilizado, como tópico integrador da avaliação multidimensional da pessoa idosa.”</p> <p>“O propósito é intervir o mais precocemente possível, para evitar desfechos negativos em saúde, prorrogar os anos de vida e fazer da instituição um ambiente de conforto e bem-</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>estar, contribuindo para o envelhecimento ativo e a melhoria da qualidade de vida.”</p> <p>“A presença de fragilidade não interferiu diretamente na qualidade de vida de idosos institucionalizados e apresentou associação significativa com motivo de institucionalização.”</p>	
<p>Instituições de longa permanência como alternativa no acolhimento das pessoas idosas</p> <p>Fagundes, K., Esteves, M., Ribeiro, J., Siepierski C., Silva, J. & Mendes, M.</p> <p>Revista de Salud Pública</p> <p>2017</p>		<p>Refletir sobre as Instituições de Longa Permanência como alternativa no acolhimento das pessoas idosas brasileiras.</p>	<p>Estudo reflexivo</p>	<p>“(…) devendo ser considerada a intensa relação entre fatores físicos, psicológicos, espirituais, sociais e ambientais capazes de influenciar na saúde dessa pessoa. Tal requerimento se justifica no sentido de prover não só o necessário à subsistência e segurança da pessoa idosa institucionalizada, mas igualmente promover sua autonomia, independência e relações com o mundo externo em sua cotidianidade.”</p> <p>“Embora existam definições a respeito das funções e obrigações da ILPI, a influência dos aspectos negativos na vivência das pessoas idosas institucionalizadas encontra-se implícita na maioria delas, solicitando uma reestruturação desse ambiente que tem se tornado o mundo-vida de uma demanda crescente de pessoas idosas.”</p> <p>“(…) além do trauma da institucionalização em si, a pessoa idosa traz consigo, também, os traumas e conflitos que culminaram nesse processo.”</p>	<p>A22</p>

				<p>“O próprio envelhecimento ocorre de maneira particular a cada um, que constrói uma maneira singular de compreender e vivenciar sua velhice.”</p> <p>“a institucionalização tende a refrear seus internos a um estilo de vida de valorização do coletivo perante o individualismo, pautando-se no estabelecimento de regras, na redução da rede social, do trabalho e da independência financeira, que levam a pessoa idosa não só a adaptar-se às mudanças de espaço físico, mas sim desviar o planejamento de sua vida de forma repentina e severa.”</p> <p>“(…) tal processo pode promover, na pessoa idosa, grandes transformações do ponto de vista pessoal e do seu papel social. Essa transformação, por vezes radical, é marcada pela perda da liberdade, pelo abandono dos filhos, pela ansiedade quanto à condução do tratamento pela equipe de saúde, além da aproximação da morte, entre outros sentimentos e situações específicas.”</p> <p>“(…) tal transformação desencadeia, inicialmente, uma “mortificação do eu”, que suprime tanto a concepção de si mesmo quanto da cultura que traz consigo, originárias de sua vida familiar e civil na sociedade.”</p> <p>“ (..) a pessoa idosa que antes de ser institucionalizada construía seu mundo-vida em meio à sociedade, à família, a um ambiente</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>produtivo e independente, com dinâmicas próprias, necessitará reinventá-lo a partir do momento em que passa a residir em uma ILPI, desconstruindo-o e construindo-o conforme a nova vivência, com o afastamento familiar e social, com a limitação da produtividade, na ausência de perspectivas e segundo a dependência e obediência dos profissionais da instituição.”</p> <p>“(…) se faz imperativo a ativação de mecanismos de reorganização pessoal que reestruturem o indivíduo idoso às regras da instituição, às rotinas diárias e às proibições que, uma vez acatadas, favorecem um convívio aparentemente harmonioso.”</p> <p>“Dentre as estratégias pessoais de enfrentamento mais empregadas, destaca-se o afastamento da situação – desatenção aos acontecimentos; a intransigência – não cooperação à instituição; a colonização – vislumbrar a instituição como algo melhor que as experiências negativas do mundo exterior; a conversão – aceitação total do papel de institucionalizado; a viração – combinação de várias táticas visando reduzir o sofrimento e, por fim a estratégia de imunização, na qual o mundo institucional, ou seja, o novo mundo-vida é adotado pela pessoa idosa como habitual e sem novidades.”</p> <p>“(…) existem lacunas em sua estrutura e organização que refletem insatisfação das</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>próprias pessoas idosas e até mesmo da sociedade.”</p> <p>“Quando se busca um local para viver, a escolha é favorecida pela possibilidade da instituição não ser somente um abrigo, todavia de aproximar-se, o máximo possível, de um lar.”</p> <p>“(…) compete aos profissionais da ILPI manter seu ambiente, não somente o mais agradável possível à pessoa idosa, mas sobretudo com possibilidades reais de atender suas necessidades biopsicossocioespirituais:”</p> <p>“Outro aspecto a ser buscado são as estratégias de enfrentamento, as quais os profissionais devem saber distingui-las e, caso sejam eficazes, apoiá-las e fortalecê-las, a partir dos significados que a pessoa idosa atribui a tais estratégias. Caso essas não sejam eficazes, também é premente que os profissionais as identifiquem para implementar intervenções que objetivem estimulá-las para que alcancem eficácia.”</p> <p>“A prática de intervenções mais assertivas pode promover a proximidade entre pessoas idosas e equipe, bem como o resgate da individualidade dessas. A individualidade é resgatada no momento em que conseguimos apreender a realidade dos institucionalizados a partir de suas próprias perspectivas, reconhecendo aquilo que eles realmente esperam da ILPI.”</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>“As falas dessa pessoa idosa encontram-se impregnadas de valores e experiências adquiridas ao longo da vida de cada um e são eles que determinam profundamente sua maneira de perceber e entender os significantes ao seu redor.”</p>	
<p>Concentrações de cortisol salivar de idosos institucionalizados e não institucionalizados</p> <p>Saliba, T., Machado, A., Moimaz, S. & Saliba, N. Revista Cubana de Estomatologia</p> <p>2018</p>	<p>80 indivíduos, sendo 45 institucionalizados e 35 não institucionalizados</p>	<p>Determinar as concentrações de cortisol salivar de idosos institucionalizados e não institucionalizados e verificar as condições de saúde bucal e dependência física.</p>	<p>Estudo transversal, descritivo e analítico</p>	<p>“Um dos sentimentos mais presentes na vida do idoso institucionalizado é o de exclusão bem como o do sofrimento pelo abandono e a crença de que é um peso para a família.”</p> <p>“A questão da institucionalização, da maneira como é feita e vivenciada pelos idosos, causa-lhes a aflição de serem esquecidos e desamparados pela família e sociedade gerando desespero e insegurança, podendo desencadear um quadro de depressão profunda.”</p> <p>“As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) são, em geral, casas inadequadas às necessidades do idoso, não ofertam assistência social, cuidados básicos de higiene e alimentação. Algumas delas além de dificultarem as relações interpessoais comunitárias indispensáveis para o indivíduo idoso favorecem o isolamento, desocupação mental e física, que impactam de maneira negativa na qualidade de vida, gerando condições de estresse.”</p>	<p>A23</p>

				<p>“O cortisol salivar aumenta conforme o indivíduo é exposto a fatores estressores.”</p> <p>“Os idosos institucionalizados apresentaram menor índice de uso de próteses, quando comparados ao grupo de idosos não institucionalizados ($p= 0,0013$).”</p> <p>“Do total de idosos institucionalizados 40 % não utilizavam, porém necessitavam de algum tipo de prótese; já no grupo de não institucionalizados, 77,14 % faziam o uso de próteses e essas se encontravam satisfatórias.”</p> <p>“O grupo institucionalizado apresentou maior índice de dependência funcional quando comparado com os indivíduos do grupo não institucionalizado.”</p> <p>“Neste estudo sobre estresse e dependência em idosos institucionalizados e não institucionalizados verificou-se que idosos que vivem em instituições de longa permanência possuem maiores níveis do marcador biológico de estresse na saliva quando comparados com idosos que vivem na comunidade. Esse fato pode ser justificado devido ao abandono familiar, falta de autonomia e o sentimento de solidão que tornam os idosos institucionalizados mais vulneráveis ao estresse, considerando que apoio emocional e o convívio familiar fazem com que o processo de envelhecimento seja menos impactante.”</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>“Idosos que residem em instituições de longa permanência apresentaram, neste estudo, maior acometimento por doenças sistêmicas quando comparados aos idosos da comunidade, o que reforça o fato de que condições de saúde e doença são influenciadas pelo espaço social em que o indivíduo habita.”</p> <p>“O grupo institucionalizado apresentou maior índice de edentulismo, e reflete a precariedade da saúde bucal de idosos institucionalizados (...).”</p> <p>“Tal fato pode estar relacionado com os longos anos de demandas não atendidas em todos os níveis de atenção. A perda de dentes tem íntima relação com o bem-estar físico e psicológico do indivíduo, afetando suas relações sociais e atividades rotineiras.”</p> <p>“(...) observou-se que idosos pertencentes a instituições de longa permanência possuíam maior dependência funcional quando comparados aos não institucionalizados.”</p> <p>“Outro fator a ser enfatizado é que a própria dinâmica da instituição pode colaborar para a dependência pois, muitas vezes, a necessidade de rápido atendimento e serviço faz com que os cuidadores/enfermeiros executem atividades que os idosos seriam capazes de realizarem sozinhos, com maior demanda de tempo, no entanto, devido à escassez e</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>despreparo do profissional essa é uma prática comum na maioria das instituições.”</p> <p>“Ressalta-se também a necessidade de acompanhamento multidisciplinar para realização de ações de promoção de saúde que aperfeiçoam a função cognitiva melhoram a qualidade de vida do indivíduo sênior.”</p> <p>“Muitas instituições de longa permanência não apresentam o número suficiente de cuidadores e profissionais especializados, o que contribui para a dependência do idoso.”</p> <p>“Neste estudo, ficou comprovada a relação positiva entre institucionalização e dependência funcional.”</p> <p>“A diminuição da independência pode gerar uma carga psicológica negativa e perda da autoestima, também afeta a saúde bucal do idoso de maneira direta, onde o estado dentário e condições de saúde bucal de indivíduos dependentes são significativamente piores quem em pessoas da mesma idade vivendo de maneira independente.”</p> <p>“Concentrações mais elevadas de cortisol salivar foram encontradas no grupo institucionalizado quando comparados ao grupo não institucionalizado o que diverge do estudo de Kuriara et al. (2013) onde não houve diferenças significantes dos níveis de estresse entre grupos; tal fato sugere a presença de variáveis estressoras e o modo com que cada</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>idoso enfrenta as questões relacionadas ao processo de envelhecimento e institucionalização.”</p> <p>“O estudo revelou que idosos institucionalizados apresentaram elevadas concentrações de cortisol salivar, maior necessidade de uso de próteses e maior dependência física quando comparados com o grupo não institucionalizado.”</p>	
--	--	--	--	--	--

Apêndice V – Quadros de Categorização

Tabela VII: Quadro de Categorização – **Conceito de Envelhecimento Ativo**

Categoria	Sub-Categoria	Unidades de Registo	Unidade de Contexto/Código
Conceito de Envelhecimento Ativo	Concepção de Envelhecimento ativo, pelos profissionais de enfermagem	<p>“é tudo o que envolve o idoso nas várias perspetivas e onde ele tem uma acção, onde ele tem também uma resposta, pode dar uma opinião, onde se pode envolver”</p> <p>“eles também terem uma opinião, uma acção na sociedade em que os envolve, portanto nas perspetivas psicológica física, no seu todo”</p>	E1
		<p>“pessoa que tenha uma idade superior a 65 anos”</p> <p>“uma pessoa que tenha as capacidades, que seja autónomo, que participe ativamente nas atividades”</p>	E2
		<p>“(…) é um processo natural a pessoa idosa envelhece naturalmente, mas há um princípio fundamental que é a promoção do seu bem-estar quer físico psicológico e social, (...)há necessidade de se criar métodos e meios de forma a que esse processo de envelhecimento ocorra de uma forma mais adequada possível e que permita ao idoso ter acesso e viver esta ultima fase do seu ciclo de vida de uma forma positiva e de uma forma ativa e permanente perante a sociedade de que faz parte e da qual é parte integrante.”</p>	E3
		<p>“(…) preservar e desenvolver seu potencial físico, social e mental, e as suas oportunidades”</p> <p>“participar ativamente (...) engajar-se social, política e economicamente e garantir sua segurança pessoal.”</p>	E4
Conceito de Envelhecimento Ativo		<p>“(…) levar suas vidas de forma independente o maior tempo possível. Promover o bem-estar físico e psicológico de pessoas individuais.</p>	E5

		<p>“(…) oportunidade de continuar a contribuir para seu ambiente, (...) de modo que cada indivíduo tenha a oportunidade de experimentá-lo nas melhores condições possíveis.”</p> <p>“(…) são necessários os seguintes pré-requisitos / necessidades para envelhecimento ativo e feliz: Saúde ou “liberdade” /ausência da dor, autodeterminação, segurança financeira, liberdade (vida livre de barreiras) e conexão social.”</p>	E6
		“(…) movimento, desafios cognitivos, contatos sociais, autonomia, independência.”	E7
		“o processo de otimizar a capacidade das pessoas de proteger sua saúde à medida que envelhecem, de participar da vida de seu meio social, garantir sua segurança pessoal e, assim, melhorar sua qualidade de vida”	E8
	Significados atribuído pelos Profissionais de enfermagem ao processo de envelhecimento ativo	<p>“eu sei que nós daqui a uns anos, eu também vou perder as minhas capacidades e não vou ter a mesma participação ativa na sociedade e tudo aquilo que me envolve como agora”</p> <p>“os meus filhos e os meus netos também me pedirem opinião, deixarem-me participar ativamente nas vidas deles, nas atividades deles, puxarem por mim, acho que é por aí”</p>	E1
		“é estarmos inseridos na comunidade, participarmos em todas as atividades que a comunidade nos propõe e sermos autónomos... para mim é mais essa parte.”	E2
		“É ter capacitações para participar, (...) estando bem fisicamente, psicologicamente e socialmente, em todas as atividades que envolvem a comunidade em que se encontra inserido e para tal há necessidade de criar meios que facilitam esse mesmo processo de envelhecimento activo.”	E3

		“(…) viver autodeterminada e independente, trabalhando pela minha saúde, cumprindo tarefas sociais, preservando o sentido da vida e mantendo o seu significado, perseguindo interesses pessoais, mantendo contato com meus parentes.”	E4
		“(…) manter a saúde e a qualidade de vida na velhice, evitar doenças e garantir a segurança.”	E5
		“Ser capaz de participar ativamente da vida, seja através de visitas a eventos, visitas a amigos e parentes, excursões, etc. Continuar a ter hobbies.”	E6
		“(…) envelhecer com autonomia, qualidade de vida, independência financeira, liberdade.”	E7
		“(…) viver autodeterminado pelo maior tempo possível. “ “Com a idade, isso pode não funcionar sem o apoio de outras pessoas (ajuda particular ou profissional). No entanto, com apoio adaptado à situação individual, a autodeterminação permanece o máximo possível.”	E 8

Tabela VIII - Quadro de Categorização: **Representações da Institucionalização e do idoso Institucionalizado**

Categoria	Sub- Categoria	Unidades de Registo	Unidade de Contexto/Código
Representações da Institucionalização e do idoso Institucionalizado	Fatores que influenciam a conotação atribuída pelo idoso à institucionalização	<p>“eles olham para isto como uma prisão e pensam que aqui é tudo assim, há regra e não há como fugir, e lá está eles pensam que vão ficar sem a sua liberdade”</p> <p>“ o que lhes digo é ... pronto no inicio custa, é verdade sem dúvida, há uma adaptação, mudamos de casa conhecemos pessoas novas é complicado... explico-lhe que é difícil , mas tento ali criar logo ali uma relação que é para eles sentirem que há aqui alguém onde pode confiar ou alguém com quem eu posso conversar um apoio”</p> <p>“ vai haver aqui um corte se calhar há muitos que entram aqui nunca mais voltam a ver as famílias, que é mesmo assim, então a gente tenta logo aqui criar uma empatia e depois vamos tentando nos dias a seguir tentar conversar com eles tentar perceber o é que precisa o que é que não precisa o que é que faz falta o que é que está a gostar o que é que não está a gostar para tentar dar-lhe a resposta daquilo que ele necessita”</p> <p>“depois a maior parte deles até gostam, há uns que pronto nunca aceitam é difícil, mas há a maior parte deles que acabam por gostar e aceitar e acham isto que não é assim tão mau como pensavam.”</p>	E1
		<p>“Têm entrado pessoas com mais escolaridade e o que eles mais referenciam são as regras: “agora que cheguei a esta idade que poderia dormir até mais tarde, poderia tomar o pequeno-almoço mais tarde ... não! Às sete e meia alguém a chatear-me.... que tenho que levantar-me a essa hora, porque o pequeno-almoço tem que ser tomado àquela hora.</p> <p>“Acho que não devia de haver tanta regra e por isso também devíamos ter mais profissionais.”</p>	E2

		<p>“Eu sozinha, só, individualmente não consigo mudar nada dessa conotação... pronto, porque não vou mudar as regras da instituição, acho que tinha de ser mais parte superior que deveria modificar um bocado a funcionalidade da instituição.”</p>	
		<p>“Nestas instituições a abertura está a acontecer recentemente, antigamente eram estruturas fechadas reservadas e com pouca abertura à comunidade em si, (...) já há uma abertura acentuada”</p> <p>“(…) todos nós temos esse princípio: que a institucionalização deve ser o último processo, deve ser o último recurso que deve ser feito para integração do idoso nestas instituições, o idoso deve permanecer ao longo da sua vida o mais tempo possível no seu domicílio junto dos seus amigos, vizinhos e família”</p> <p>“(…) a institucionalização é então vista de uma forma negativa neste princípio, e na verdade, estamos a retirar à pessoa o seu bem-estar do seu domicílio a instituição é vista como uma instituição morfa, fechada, reservada para onde vão pessoas com debilidades bastante acentuadas.”</p> <p>“Este é um preconceito que tem que ser eliminado por que estas instituições têm uma validade muito importante para a realidade desta fase de ciclo de vida da pessoa idosa.”</p> <p>“(…) o enfermeiro terá que criar uma relação de empatia com o idoso à sua entrada mostrar-lhe caminhos facilitadores e permitir-lhe que ele aceite esta realidade de uma forma positiva quer a nível da receção do idoso, quer a nível da comunicação quer, a nível do estabelecimento de relações com outros idoso da instituição, com a equipa de voluntariado e de funcionários, demonstrar a nossa capacidade de promover os cuidados mais adequados à pessoa dando-lhe o seu bem-estar quer físico, psicológico e social.”</p>	E3

		<p>“(…) sensação de estar a entrar num gueto.” “(…) existem apenas os velhos, os doentes e os dementes.”</p> <p>“Eu dou a minha autodeterminação na entrada. Eu já não posso projetar livremente (…)</p> <p>“Aqui está o meu “fim de estação”. Depois disto, só o cemitério.”</p> <p>“(…) informação, atitude amigável, comunicação aberta, escuta ativa, aconselhamento e esclarecimento de questões, apresentando a instituição e possibilidades. (...) postura assumida no desempenho das suas atividades (...).”</p>	E4
		<p>“(…) a reputação da instituição e a sua ligação com o exterior (...)”</p> <p>“(…) a qualidade da comunicação entre os profissionais, moradores e seus familiares. Deve ser personalizada (...)”</p> <p>“Seria importante organizar um dia de “prova” em que seria permitido ao idoso estabelecer um primeiro contato com a instituição. É preciso motivar as pessoas idosas a manterem-se ativas dando-lhes a oportunidade de poderem participar nas várias atividades domésticas, (...) trabalho voluntário”</p> <p>“É preciso promover o bem-estar dos idosos, garantindo cuidados profissionais de qualidade”</p>	E5
		<p>“O medo da solidão nessas estruturas.”</p> <p>“Se os clientes pudessem realizar uma visita prévia à instituição, de forma a conhecerem a sua estrutura e perceberem que suas vidas podem ser continuadas (quase) como antes, para elas seria muito mais fácil. “Para muitos idosos, acho, que o lar/ instituição continua a ser visto como o "o fim da linha/ final de estação"</p>	E6

		“(…)é preciso mostrar abertura para responder a perguntas, esclarece dúvidas, prestar informação adequada, proporcionar um acompanhamento diário adequado.”	
		“(…) o medo do desconhecido, de perda de independência. O idoso sente-se deslocado, sente que é o fim de linha.”	E7
		“fazendo um bom trabalho, com prestação de cuidados individualizados de qualidade, orientando os residentes. (...) convidando os parentes, voluntários, envolvendo a comunidade”	
		“Os Pflegegruppen grupos são um bom exemplo de que a autodeterminação não precisa ser entregue na entrada.”	E8
		“Depois de entrar na instituição, os moradores ainda têm a oportunidade de tomar suas próprias decisões e cultivar seus contatos sociais.”	
		“(…) promover contato com parentes, conhecidos, visitantes dos moradores.”	
		“possibilitar a participação de discussões na sociedade.”	

Tabela IX - Quadro de Categorização: **Promoção de um Envelhecimento Ativo no contexto da Institucionalização**

Categoria	Sub- Categoria	Unidades de Registo	Unidade de Contexto/Código
Promoção de um Envelhecimento Ativo no contexto da Institucionalização	Práticas para uma institucionalização bem-sucedida;	<p>“Promover mais atividades onde eles possam participar, sem dúvida mais atividades”</p> <p>“ deixar-lhes tempo para eles, por exemplo: por volta das dez horas já têm que estar todos levantados, há regras é normal tem que ser... mas se calhar se reduzíssemos o número de utentes...se calhar havia mais tempo para isso, dar-lhes o tempo para se levantarem, serem eles a lavar a cara, serem eles a ir à casa de banho, por eles... só com uma supervisão.”</p> <p>“o problema é que nós temos de dar uma resposta imediata a muitos utentes. Nós somos três, para 150 utentes, fora domicílios.”</p>	E1
		<p>“Ter mais pessoal..., mais pessoal e mais áreas da parte intervenção da animação.”</p> <p>“Uma equipa mais multidisciplinar.”</p>	E2
		<p>“(...) nestas instituições muitas vezes olha-se a valores financeiros”</p> <p>“(...) as condições de meio não são as mais adequadas para a realidade, para a promoção de um envelhecimento activo”</p> <p>“(...) numa estrutura que comporta 156 idosos a realidade é difícil para conseguirmos criar medidas de forma facilitadoras esse mesmo envelhecimento activo, mas, contudo, com os poucos meios que temos tentamos eliminar certas barreiras que dificultam essa mesma promoção”</p>	E3

		“(...)falta-nos um espaço físico mais adequado à realidade em que vivemos, faltam-nos infraestruturas para o desempenho da fisioterapia adequada, para o serviço de animação e para os nossos cuidados de enfermagem em si e são estas medidas que na verdade tem que ser necessárias desenvolver mais para estas estruturas tornarem-se mais adequadas à realidade em concreto.”	
		“(...) separação de deveres de Cuidado e de apoio/acompanhamento” “(...) pessoal suficiente para atendimento individual.” “(...) possibilitar uma assistência médica psicogeriatrica e paliativa competente.”	E4
		“(...) respeitar os direitos dos idosos, (...) a autonomia e a autodeterminação.” “(...) considerar as necessidades individuais e os valores culturais, (...) garantir a segurança da pessoa idosa”	E5
		“Muitas medidas, já são postas em prática nesta instituição, aqui o morador sente-se como se estivesse em sua própria casa.” “Cozinhar, desenhar/pintar, cantar e jogar às cartas com os moradores são apenas algumas dessas medidas.” “procurar manter o diálogo, diariamente, várias vezes ao dia.”	E6
		“Promover o trabalho autónomo.” “(...) promover o pensamento e desafios cognitivos.”	E7

		“(…) desenvolver atividades como: excursões, discussões, jogos, canto, ginástica (...)”	
		<p>“Essa é uma questão muito difícil. Cada morador é diferente e precisa de medidas diferentes.”</p> <p>“É certamente importante que os residentes possam continuar a desenvolver atividades, no enquadramento do que são as suas "paixões", por exemplo, artesanato, culinária, jardim, ouvir música, fazer música, sair ao ar livre.)”</p> <p>“(…) sempre que necessário, obter apoio da equipa de enfermagem. Tudo isso deve ser feito dentro de uma estrutura que não perturbe os outros residentes.”</p>	E8
	Projetos desenvolvidos ou a desenvolver	“Não, neste momento não.”	E1
		“Não”	E2
		<p>“Sim”</p> <p>“(…) promoção da construção de uma nova estrutura e segundo o conhecimento que tenho ela vai avançar “(…) projeto no sentido de, como ultimamente estamos a receber utentes do foro neurológico e com doenças de alzheimer e demência associado, criar uma estrutura apropriada para essa mesma realidade, porque a convivência com os outros idosos não é fácil”</p>	E3

		<ul style="list-style-type: none"> - Grupos de atendimento descentralizados, grupo habitacional para pessoas que sofrem de demência - Cuidados de alívio, cuidados diurnos / noturnos - Aconselhamento para terceira idade: cuidados e apoio, gestão de casos, visitas domiciliares preventivas. - Refeições - e serviço de condução - Serviço de Voluntariado (visitas) - Cinestesia; Competência de movimento e qualidade de vida, prevenção de quedas - Cuidados paliativos - A vida na velhice na Baixa Engadina; em colaboração com as autoridades cantonais de saúde e com a Pro Senectute: habitação, P & B, autodeterminação no final da vida, finanças. 	E4
		<p>“(…) apoio de voluntários, que vêm à instituição e desenvolvem atividades com os moradores como, por exemplo: cantar, ir caminhar, jogar Lotto e às cartas.”</p> <p>“Com o apoio de Spital – estamos a desenvolver o projeto “Wind im Haar (Cabelos ao vento) - Rikscha fahren”. Será posto em prática no nosso grupo em junho.”</p> <p>“(…) Pro -Senectute - ajuda com problemas sociais e financeiros.”</p>	E5

		“Estou há pouco tempo na instituição, pelo que ainda não consigo responder a essa pergunta.”	E6
		“A desenvolver, não tenho conhecimento de nada.”	E7
		“(…) Aktivierung, são organizados passeios esporadicamente, canto, jogar às cartas.”	
	Meios disponíveis	“A instituição trabalha em vários projetos para garantia de qualidade e desenvolvimento de qualidade.”	E8
		“Por exemplo, tem estado a desenvolver o “Angehörigenkonzeptes”. Deve ser registrado e mostrado como os familiares podem estar envolvidos no cuidado e apoio. Qual estrutura e de que forma a nossa instituição está disponível para isso.”	
		<p>“temos uma animadora sociocultural que dá uma ajuda”</p> <p>“temos atividades com músico que vem cá cantar com eles, juntamente também com o músico fazemos muitas atividades, por exemplo o magusto que foi há algum tempo, vamos ter a festa de natal com teatro em que são os utentes que participam e os funcionários também participam”</p> <p>“temos um professor de educação física que vem fazer atividades com eles”</p> <p>“temos pessoas voluntárias que vêm, ajudam-nos e fazem atividades com eles: às vezes a escola, a nossa escola aqui, a secundária, que têm atividades em que vem com os professores de música também ou com os professores de moral e estão aqui com os utentes”</p>	E1

		<p>“os nossos meninos da creche vêm cá muitas vezes também, às vezes almoçam com eles, eles vão lá, há uma interação entre os pequenitos e os mais velhos”</p> <p>“temos as sardinhas, festas, às vezes vamos com passeios com eles em que vai a equipa toda e pronto é assim o que temos assim mais de imediato.”</p> <p>“Sim, sim! Não vejo assim mais nada que nos possamos fazer, para a realidade que temos neste momento chega sim é o suficiente.”</p>	
		<p>“Temos uma animadora...”</p> <p>(...) é uma animadora com esta proporção toda de 157 idosos que temos, claro que ela não consegue corresponder a tudo e trabalha de certa forma com facilitismo (...) ela trabalha mais com as pessoas que são completamente autónomas e independentes, não se debruça tanto na parte dos dependentes que de certa forma podiam adquirir alguma independência”</p> <p>“a nível fisioterapia, também não podemos ter uma grande correspondência porque ele está saturado, é um fisioterapeuta que trabalha só a meio tempo connosco, de outra empresa”</p> <p>“(...) o que temos não é muito e funcionários também são poucos”</p> <p>“(...) a biblioteca móvel desloca-se à nossa instituição”</p> <p>“Não”</p>	E2

		<p>“Não são os mais adequados à realidade em concreto se queremos promover qualidade e um bem-estar à pessoa idosa muito há a fazer para a realidade em concreto em que estamos a falar.”</p> <p>“É uma realidade, na verdade as instituições não estão preparadas para enfrentar a população idosa que surgirá numa outra fase será uma população com uma instrução mais acentuada, (...) a instituição em si, na verdade estas instituições, têm que preparar, adequar, melhorar os seus níveis de intervenção porque na realidade, no futuro não estão minimamente preparadas para enfrentar essa realidade.”</p>	E3
		<p>“(…) filosofia e conceito de equipa instituídos,”</p> <p>“(…) tamanho dos nossos grupos, são unidades pequenas (...)”</p> <p>“(…) conceitos de enfermagem, a cooperação interinstitucional, o modelo de velhice, o cumprimento dos requisitos de políticas de saúde, dos requisitos legais para uma licença de atividade, e as “chaves pessoais” (...)”</p> <p>“A capacidade, habilidade de implementação é insuficiente, os problemas de financiamento...”</p>	E4
		“(…) conceitos e normas, (...) apoio de voluntários, (...) cooperação com a família dos moradores”	E5
		“Sim, a meu ver sim”	E6

		<p>“Parece que estamos em casa, envelhecemos num ambiente familiar.”</p> <p>“(…) os moradores estão ativamente envolvidos na vida cotidiana. Ajudam a cozinhar, vão às compras, dobram a roupa, (…)”</p>	
		<p>“Penso que sim, todas as intervenções são adaptadas individualmente aos residentes.”</p>	E7
		<p>“Cuidados e apoio adequados que promovem a saúde dos idosos e garantem a sua segurança.”</p> <p>“(…) uma rotina diária regular.”</p> <p>“(…) uma dieta saudável.”</p> <p>“várias atividades e manter contatos sociais com seus colegas de quarto.”</p> <p>“Não, as possibilidades seriam expansíveis.”</p> <p>“(…) o cuidado e apoio estão limitados. (….) o recrutamento de pessoal difícil (emergência de cuidado).”</p> <p>“A profissão de enfermagem não é suficientemente atraente por diversas razões. E a profissão não parece ser suficientemente importante para a política e a sociedade.”</p> <p>“Os custos de saúde são de qualquer maneira muito altos. Não há dinheiro para permitir um atendimento "melhor" ao idoso. Só pelo comprometimento e grande empenho de muitos cuidadores ativos, é</p>	E8

		<p>muitas vezes possível obter um resultado razoavelmente "bom" no cuidado geriátrico."</p>	
	<p>Influência do clima e cultura organizacional: (1) no desempenho do profissional de enfermagem (2) no processo de institucionalização do idoso (3) Respeito pela autonomia e direito à autodeterminação</p>	<p>(1) “Às vezes, às vezes tenho dificuldades sim”</p> <p>“porque sempre se fez assim, depois é assim, lá está eu sou o elemento mais novo e quando chego, uma pessoa chega com ideias novas, muitas prontas ...”</p> <p>“mas tento dar as minhas opiniões, às vezes aceitam, às vezes dizem D. tem calma, outras vezes, pronto... ouvem, tentamos, conversamos todos, entre os três o que é bom, mas acho que pronto ... há coisas que não dá mesmo para fazer diferente”</p> <p>“ Entrasse em conflitos, é normal porque lá está eu licenci-me há dois anos, ainda sou muito nova, mas por exemplo eu senti quando saí que precisava de qualquer coisa mais sobre feridas e fui fazer uma pós-graduação, tenho transmitido aos meus colegas, olha, é isto vamos por aqui, claro nunca me disseram que não, mas com calma...”</p> <p>(2) “Sim, maior parte sim, sim tentamos, que claro há aquelas coisas que têm que ser, mas tentamos que seja dessa feita forma sim, para lhes dar a resposta que eles mais precisam”</p> <p>“Sim, eles participam, participam muito”</p> <p>“ por exemplo, todos os meses temos um placar em que está escrito o dia que cada utente faz anos e eles é que fazem com</p>	<p>E1</p>

		<p>a animadora sociocultural, tentam fazer esses cartazes, pronto eu não sei se este ano vai ser assim se não, mas nos natais anteriores eles é que fizeram as prendinhas para dar às funcionárias ou as prendinhas para dar a outros utentes, eles é que vão fazendo, sim.”</p> <p>(3) “Do que vejo aqui, não é assim tão mau, lá está acho que é um Lar bastante bom”</p> <p>“(…) sinceramente e pronto fala-se aqui, acho que são mesmo muitos utentes e às vezes como são muitos há tanto trabalho que não se consegue dar a resposta devida por parte de todos, tanto das funcionárias dos serviços gerais como da cozinha que é: “ a comer a comer porque temos de ir lavar a loiça porque temos de ir...” , pronto, acho que são muitos, se fossem um bocadinho menos nós daríamos uma resposta excelente, sem dúvida.”</p> <p>“Acho que o número de enfermeiros é suficiente, porque nós enfermeiros, estamos aqui basicamente só para dar uma resposta em termos de saúde, nós damos poucas alimentações, mudamos poucas fraldas, são as auxiliares.”</p> <p>“Sim têm, claro há umas que fazem mais e outras que fazem menos, mas isso é da consciência de cada um, mas sim, que nós pronto, nós enfermeiros de vez em quando também lhes damos aqui alguma formação nesse sentido”</p> <p>“Ele basicamente é fazer os pensos, a parte de medicação, alguma emergência que possa acontecer... damos mais essa</p>	
--	--	--	--

		<p>resposta, não nos cuidados diretos, porque tínhamos de aumentar...de reduzir o rácio de pessoal e aumentar o de enfermagem.”</p> <p>“Pois se calhar se aumentássemos o pessoal, mas quem está acima é que saberá o que será melhor.”</p> <p>“Se não trabalhássemos tanto em contra-relógio sim. (...) porque lá está, temos de cumprir aquilo tudo num determinado horário, para ir por exemplo do refeitório ao salão, vão numa cadeira de rodas, alguns ainda tentam..., mas maior parte das vezes vão na cadeira de rodas.”</p> <p>“Sim, isso sim, isso sem dúvida (...) temos utentes que saem à vontade não há problema. Claro que temos que ter sempre uma noção se estão conscientes se conseguem sair..., mas isso acho que não há problema, sim poderia.”</p>	
		<p>(1) “Sim, o meu desempenho está condicionado (...) a instituição, não só aqui, mas na maior parte dos lares funciona de forma muito rígida, ainda não vai muito para a vertente mais humana de tentar perceber o que é que realmente eles querem.”</p> <p>(2) “Sim, o idoso participa, decide.”</p> <p>(3) “Não seria a que eu tinha idealizado e tenho idealizado, não!”</p> <p>“Quando me reformar, quero ter a minha vida plena, o que não consegui fazer agora ter naquela altura”</p>	<p>E2</p>

		<p>“(…) se agora não consigo dormir até tão tarde porque o (…) claro que naquela altura gostaria de poder levantar-me à hora que eu quero, fazer de certa forma o que eu quero, almoço por exemplo: nós aqui... tens que comer aquilo, se não comes é porque não comes (...) há muita rigidez”</p> <p>“(…) a nível também de tecnologias também gostaria o meu computador para mexer, ter internet, aqui ainda não temos essa abertura e devíamos ter mais atividades.”</p>	
		<p>(1) Sim, sentimos dificuldades (...) nós temos de ter capacitações para adequar essas mesmas realidades ao seu processo de envelhecimento o que se torna muitas vezes complexo”</p> <p>“(…) muitas vezes essas instituições como nós sabemos são instituições, apesar de cariz social, limitadas a nível de orçamentos o que dificulta muitas vezes promover-nos meios facilitadores para que o idoso tenha um processo de envelhecimento activo bem-sucedido.”</p> <p>(2) “Eu penso que há uma abertura da administração no sentido de.”</p> <p>“(…) a maior parte é uma grande percentagem de idosos desta instituição encontram-se debilitados quer psicologicamente e sem capacitações de respostas e de participação, de um o grupo restrito de idosos tem-se colhido informações, têm participado em reuniões no sentido de sinalizar o que eles acham que não está menos bem para promovermos melhorias”</p> <p>“(…) isso é feito se calhar com pouca regularidade, devia ser mais acentuada essa participação da pessoa idosa com</p>	E3

		<p>capacidades de manifestar as suas dificuldades, as suas opiniões a realidade em que sentem a instituição.”</p> <p>(3) “(...) seria capaz de me adaptar facilmente a esta instituição e ser na realidade para mim a minha realidade neste meu ciclo de vida, contudo, pronto... queria que estes pontos como referenciei anteriormente fossem retificados, atualizados.”</p> <p>“(...) as IPSS, a nível nacional, terão que se adequar à realidade da população que vai surgir a seguir, porque na verdade neste momento essa realidade não está contemplada.”</p> <p>“Se calhar... em princípio não, porque a abertura, apesar de existir, terá que ser maior por parte da instituição, para promover essa autonomia, essa independência, essa definição da personalidade da própria pessoa, terão que ser mais... a abertura terá que ser cada vez maior, nesse sentido.”</p> <p>“(...) esse princípio ainda existe, mas na realidade em concreto, desta instituição, a abertura está a acontecer de forma acentuada”</p> <p>“ (...) abrimos as portas ao voluntariado, (...) pelo que não temos receio de estar em contacto com o exterior, promovemos a visita acentuada das famílias, que é um ponto essencial e mais, quando se faz alguma festa comemorativa convidamos as famílias, convidamos a comunidade para estar presente, pronto... a abertura está a existir no sentido de não sermos então uma instituição fechada, reservada da realidade em concreto do exterior.”</p>	
--	--	---	--

		<p>(1) “Sim, está. (...) tamanho e filosofia da empresa, gestão, cultura de equipa, cooperação na equipa, treinamento interno, habilidade e mixagem; localização numa zona de montanha, mais isolada, quer pela cultura da Baixa Engadina e Suíça democrática.”</p> <p>(2) “Sim, acredito que sim, (...) é permitido aos nossos idosos participar ativamente.”</p> <p>(3) “Sim, mas ciente que primeiro pretendo fazer tudo o que poder, para combater uma possível institucionalização.”</p> <p>“Eu irei tentar o mais possível preservar a minha autonomia e realização pessoal em todas as situações, o que no dia -a dia, se irá prender, em grande medida, com as personalidades individuais dos cuidadores, que se tornam jogadores-chave na formação da qualidade de vida.”</p> <p>“(…) vivencio na rotina de cuidados diários, o quão difícil é levar em conta a autodeterminação individual. Exige também muita disposição para o comprometimento e uma grande capacidade de adaptação por parte do morador, o que pode ser difícil na velhice.”</p>	<p>E4</p>
		<p>(1) “(...) há regras, mas mesmo com essas regras considero que este não é condicionado, pelo menos de forma negativa (...). “(...) isto é um paraíso, quando comparado aos outros sítios onde já trabalhei.”</p> <p>“(…) somos envolvidos, parte ativa na elaboração das normas e diretrizes (...)”</p>	<p>E5</p>

		<p>(2) “Sim, não só lhes permite participar como os ajuda.”</p> <p>(3) “Sim, sem dúvida que seria uma opção, uma boa opção.” “Na nossa instituição o direito à autodeterminação, à informação é garantida. (...) é mantido o respeito pela privacidade.” “(...) oferecidas várias atividades, (...) são motivados a participar. Trabalhamos em conjunto com diferentes serviços (...) .”</p>	
		<p>(1) “Obviamente, o desempenho de cada funcionário depende do que está instituído. Por exemplo, se não for dado ao cuidador, o tempo suficiente para prestar cuidados de qualidade aos moradores” “A instituição deve, portanto, fornecer aos cuidadores, neste caso nós, enfermeiros, as melhores condições possíveis, para melhor atender os moradores. Mas julgo, que de alguma forma, nos acabamos por sentir mais ou menos condicionados.”</p> <p>(2) “Pelo que tive oportunidade de observar até agora, isso é tão possível, quanto desejado.”</p> <p>(3) “Sim definitivamente!” “Viver num grupo de cuidados pequeno, parece muito mais atraente, do que vegetar numa casa de repouso grande, onde não é disponibilizado o tempo suficiente ao cuidado” “(...) isso parece-me ser mais possível em uma pequena instituição, do que numa estrutura de maiores dimensões.” “(...) o ambiente social (por exemplo, a família) precisa, cada vez mais, de trabalhar para o envelhecimento das pessoas. As</p>	<p>E6</p>

		<p>peças que envelhecem são o nosso passado e o nosso presente, do qual podemos aprender e levar muito para o nosso futuro.”</p>	
		<p>(1) “(...) meu trabalho é moldado pessoalmente, baseando-se em regras, diretrizes de ação, especificações de qualidade.”</p>	E7
		<p>(2) “Sim, a possibilidade existe, mas dificilmente é usada.”</p>	
		<p>(3) “Talvez, imagino que sim. No entanto eu preferiria ir para uma instituição maior, onde passasse mais despercebida.”</p>	
		<p>(1) “Sim, claro. Muito simplesmente, se estou confortável com o meu trabalho, também farei um trabalho melhor.” “É importante para o empregador saber quais são as condições básicas e se os funcionários se sentem confortáveis (...) os funcionários precisam de estruturas claras que ainda permitam margem de manobra. (...) A liderança precisa ouvir e apoiar seus funcionários em situações difíceis.”</p>	E8
		<p>(2) “Os idosos moradores e seus familiares sempre têm a oportunidade de expressar seus desejos ou críticas. A instituição está aberta a ideias.” “Mesmo em menor escala, os moradores podem participar. Por exemplo, na elaboração do Menu, escolha de mobiliário, excursões, eventos.”</p>	
		<p>(3) “Eu poderia muito bem imaginar-me a viver no Pflegegruppe” “Sim, acho que sim. Os grupos de atendimento estão abertos para o exterior. As visitas são bem-vindas e até desejadas. “A ajuda e o cuidado acontecem carinhosamente, os moradores são aceitos e respeitados em sua individualidade,</p>	

		havendo a possibilidade de desenvolver determinadas atividades, de acordo com o que vai no “coração” do morador.”	
--	--	---	--

Tabela X - Quadro de Categorização: O Profissional de Enfermagem na promoção de um envelhecimento ativo junto ao idoso institucionalizado

Categoria	Sub-Categoria	Unidades de Registo	Unidade de Contexto/Código
O Profissional de Enfermagem na promoção de um envelhecimento ativo junto ao idoso institucionalizado	Caracterizar o Papel do enfermeiro	<p>“Como enfermeira, eu acho que é, como é que eu hei-de explicar, eles também saberem dar a uma resposta, (...) darmos a nossa explicação, explicarmos porque é que não faz assim ou assado”</p> <p>“está bem que nós trabalhamos em contrarrelógio e é mais rápido levar uma cadeira de rodas ou é mais rápido fazer e não explicar nada, não perder tempo. Eu tento não fazer isso, mas sim ajudá-los, apoiar, deixá-los fazer”</p> <p>“acho que devemos dar aqui uma ajudinha, incentivá-los a serem eles a fazer.”</p>	E1
		“dar-lhes uma certa autonomia, (...) eu tento apoiar, deixá-los fazer, não ir atrás... facilitar-lhes essas atividades.”	E2
		<p>“(...) papel preponderante e essencial”</p> <p>“(...) podemos de forma ativa promover esse mesmo envelhecimento com a aporte de condicionantes que facilitam o idoso no seu processo de institucionalização”</p> <p>“(...) estes idosos institucionalizados, a maior parte deles quando entram na instituição já vêm com limitações bastante acentuadas, pelo que será...o enfermeiro terá um papel preponderante de criar meios facilitadores, para que a sua integração e que o seu envelhecimento continue a ser o envelhecimento na promoção da sua atividade.”</p>	E3
		“(...) figura chave e uma parte interessada.”	E4
		“cuidar e acompanhar ativamente, o mínimo possível, tanto quanto necessário (...)”	

		“(…) respeitar e preservar os direitos e autonomia da pessoa idosa, manter e promover as habilidades da pessoa cuidada, compensar as deficiências, evitar o paternalismo, conhecer, aceitar e promover a biografia, os hábitos e a cultura da pessoa a ser cuidada.”	
		“(…) importante e complexo.”	E5
		“Apoia as pessoas idosas em todas as quatro áreas: bio-psico- social e espiritual.”	
		“(…) garantir que o cliente receba o melhor atendimento possível. A ausência da dor é um dos pré-requisitos mais importantes para a participação ativa na vida. “é importante, para o compromisso assumido pelo enfermeiro para com cliente, trazê-lo, incentivar a sua participação ativa na cotidiano (Cuidado corporal, discussões, planejamento do dia-a-dia, ...)	E6
		“(…) motiva diariamente, suporta, melhora a qualidade de vida, alivia o sofrimento, é cuidador.”	E7
		“Os recursos existentes devem ser reconhecidos, usados e promovidos.” “O idoso em uma instituição deve ser capaz de expressar seus desejos e necessidades e, portanto, a ajuda e o cuidado da situação individual devem ser adaptados, tanto quanto possível.”	E8
		“é muito importante”	E1

	Importância da relação estabelecida Profissional de Enfermagem-Idoso	<p>“nós somos uma família, chamo-os de meus avozinhos, os meus avós, são os meus meninos e eles é a nossa netinha a nossa menina também porque eu sou a mais nova e então noto que eles têm um carinho”</p> <p>“nota-se que há todo aqui um carinho, estabelece-se assim uma relação que vai mis para além da relação terapêutica”</p> <p>“eles estabelecem uma confiança em nós que não estabelecem se calhar com outro enfermeiro, por exemplo do centro de saúde ou até mesmo que a nossa médica da instituição. Não têm tanta confiança, não lidam tanto tempo com eles.</p> <p>“Às vezes, a médica diz-lhes alguma coisa e eles vêm-nos perguntar, mas é mesmo assim e devemos fazer mesmo assim, acho que sim que há uma confiança maior sem dúvida.”</p>	
		<p>“criando uma certa ligação com eles, também afetiva, eles acabam por nos compreender e compreendem aquilo que nós estamos a dizer, que não é para mal deles, que é para bem deles”</p> <p>“criando essa ligação não dizem assim: “lá está aquela a mandar, não quer é ter trabalho nenhum...””</p>	E2
		<p>“(…) relação bastante positiva”</p> <p>“(…) com a nossa formação temos capacitações de criar empatia de um relacionamento positivo com o idoso e de certa forma facilitar esse mesmo processo de envelhecimento de uma forma mais adequada e justa, promovendo o seu bem-estar quer físico social e psicológico, é nesse sentido que temos um relacionamento bastante positivo.”</p>	E3
		“(…) é o elemento central nesse processo.”	E4

		“Assumir uma postura centrada na pessoa, com Empatia, aceitação, congruência, flexibilidade e criatividade na prestação de cuidados e acompanhamento, promovem a qualidade de vida dos moradores.”	
		“Muito importante. Em muitos casos, a enfermeira é a pessoa de confiança e mais próxima do idoso.”	E5
		“Muito importante!”	E6
		“Enfermagem significa muito mais do que apenas medicação e visitas.”	
		“(…) significa para mim o contato direto com o ser humano. Isso começa com a conversa diária, o cuidado do corpo, a assistência com a ingestão de alimentos”	
		“(…) somente essas interações permitem uma abordagem pessoal ao cliente. Se alguém fosse confrontado apenas com visitas ou atividades médicas, nunca seria possível estabelecer contato com o cliente, o que é essencial para o trabalho diário.”	
		“Muito importante. No entanto, o idoso também precisa de motivação própria, vontade própria, perseverança e apoio dos familiares.”	E7
		“Muito importante.”	E8
		“(…) considero o trabalho da biografia como de importância central neste contexto.”	
		“(…) enho que entender porque uma pessoa idosa reage da maneira como reage. Só assim posso garantir cuidados e apoio individuais.”	
		“Tento, às vezes não é fácil, não é nada fácil”	E1

	Dificuldades sentidas / Limitações ao desempenho do profissional de Enfermagem	<p>“trabalhamos em contrarrelógio e é complicado, mas às vezes tento, quando vejo que tenho ali mais tempinho...”</p> <p>“se não fizer em dez minutos tento fazer em cinco o que tenho a seguir, tento-me despachar, se não for almoçar há uma, olha. vou almoçar há uma e dez, uma e vinte...pronto tentamos, mas às vezes não é fácil. O fator tempo !”</p>	
		<p>“Sim! Por acaso sinto por outras vertentes, pronto...”</p> <p>“(…) outros sectores que tentam dizer não (...) muitas das vezes sim, há outras partes profissionais que não nos deixam facilitar essa parte”</p> <p>“(…) tem que despachar porque a esta hora é para tomar o pequeno-almoço”</p> <p>“não podemos estar aqui a empatar, é para despachar, põe-no na cadeira de rodas, não estejas a demorar”</p> <p>“fator tempo”</p>	E2
		<p>“Penso que, mais ou menos”</p> <p>“(…) tenho um prisma bastante positivo e de aceitação desta realidade e pelo qual me debato e tenho feito formações nesta vertente”</p> <p>“(…) em relação à instituição em si, o problema que se colca é como referia anteriormente é o fator financeiro, luta-se muito.”</p> <p>“A direção em si, tem esse prisma, não se olha muitas vezes à qualidade, ao respeito, à dignidade, à personalidade, à individualidade da pessoa idosa em si, é neste campo que de certa forma joga o nosso campo técnico em relação ao campo administrativo desta instituição”</p>	E3

		“(…) a escassez de pessoal e as limitações de tempo levam a frustrações.”	E4
		“(…) discrepância entre o conhecimento acadêmico e conceitos e a prática de enfermagem(…)”	
		“(…) a atitude da maioria dos profissionais, nomeadamente das assistentes, revela ainda haver uma falta de formação adequada.”	E5
		“(…) o tempo e a falta de profissionais de enfermagem, acaba por nos limitar, nomeadamente a nível do número de atividades desenvolvidas.”	
		“(…) ainda assim no que se refere ao fator tempo, somos uns privilegiados em relação à realidade da maioria das instituições.”	
		“(…) a falta do tempo que poderíamos dispor, não fosse a dificuldade em recrutar pessoal”	E6
		“(…) fator tempo, competências e escassez de pessoal influenciam meu trabalho.”	E7
		“No seguimento, do que já referi, julgo estar limitado pela falta de profissionais de enfermagem e consequentemente, não dispomos do tempo que gostaríamos.”	E8

Tabela XI - Tabela de caracterização sócio demográfica da amostra

	Enf. 1	Enf. 2	Enf.3	Enf.4	Enf.5	Enf.6	Enf.7	Enf.8
Gênero	Feminino	Feminino	Masculino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
Idade	25anos	33anos	51 anos	60	46	38	53	40
Habilitações Literárias	12º ano de escolaridade	12º ano de escolaridade	12º ano de escolaridade	12º ano de escolaridade	12º ano de escolaridade	12º ano de escolaridade	12º ano de escolaridade	12º ano de escolaridade
Habilitação Profissional	Curso Superior de Enfermagem (licenciatura) Pós-Graduação em Tratamento de feridas	Curso Superior de Enfermagem (licenciatura) Pós-Graduação em Cuidados Paliativos	Curso Superior de Enfermagem Especialidade em Enfermagem Comunitária Mestrado em Gerontologia em Saúde	HF- Enfermeira Diplomada: Pós-Graduação em Cuidados Paliativos	HF- Enfermeira Diplomada	HF- Enfermeira Diplomada	FaGe- Especialista em Saúde EFZ	HF- Enfermeira Diplomada HöFa I (Grau académico máximo atribuído no Ensino superior em enfermagem na Suíça)
Tempo de Serviço	3 anos	11 anos	28 anos	30 anos	23 anos	22 ano	20 anos	17 anos
Funções desempenhadas	Enfermeira Generalista	Enfermeira Generalista	Enfermeiro Responsável	Enfermeira Generalista Chefe da comissão de controle da qualidade de cuidados do grupo CSEB;	Enfermeira Chefe Enfermeira no PG	Enfermeira Generalista	Enfermeira Generalista	Diretora dos Pflegegruppen Presta cuidados em todos os grupos de cuidados do CSEB

				Formadora nos cursos PHSRK (cursos da cruz vermelha para assistentes de enfermagem)				
Tempo de Trabalho com os idosos no contexto da institucionalização	3 anos	11 anos	18 anos	12 anos	8 anos	22 anos	18 anos	11 anos
Instituição	Portuguesa				Instituição Suíça			

ANEXOS

Anexo I – Pedidos de autorização para realização do estudo

Mónica Adélia Pereira Rebelo
Davos
Suíça

Sua referência	Sua comunicação	Nossa	cia	Proença-a-
			Nova	
		221/2018		17/09/2018

Assunto: Projeto de Investigação

Exma. Sr^a

A Instituição faz saber que tem todo o interesse em incentivar e colaborar na formação.

Nestas condições, dá autorização ao seu pedido para aplicação dos instrumentos de colheita de dados, conforme sua exposição de 10/09/2018.

Com os melhores cumprimentos

A Mesa Administrativa

O Provedor

Datum 16. Oktober 2018
Kontakt **Chüra – Pflege & Betreuung**

Telefon
Fax
E-Mail

Pereira Mónica

Betreff/ Assunto: Forschungsprojekt / Projeto de Investigação

Liebe Mónica / Cara Mónica,

1. Deutsch

Gerne lassen wir Dir von Seiten des Betriebes her die nötige Unterstützung zukommen. In diesem Sinne ermächtigen wir die Anwendung von Datenerfassungsinstrumenten, wie wir per E-Mail am 2. Februar 2018 gesprochen haben.

2. Portugiesisch

É com satisfação te deixamos contar com toda a ajuda necessária por parte da nossa Instituição. Neste sentido, autorizamos a aplicação dos instrumentos de colheita de dados, conforme falado por E- Mail a 2 de Fevereiro de 2018.

Mitglied der Geschäftsleitung CSEB
Direktion Chüra – Pflege & Betreuung



Instituto
Politécnico
Portalegre

PARECER

Nº Pedido 12 / Data 14/12/2018

Ref. 6895

COMISSÃO DE ÉTICA

A Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre, vem deste modo informar que na reunião de 27 de novembro de 2018, deliberou emitir *Parecer Positivo* ao Projeto de Investigação, "Promover o Envelhecimento Ativo: O desafio da Institucionalização sob o olhar do Enfermeiro", no âmbito do Mestrado em Gerontologia, sob a responsabilidade dos Investigadores Mónica Adélia Pereira Rebelo, Helena Reis do Arco e Alexandre Martins.

A Presidente da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre


Ana Paula Calado Baptista Enes de Oliveira

IPP COM-ET1 2-Rev 2



Anexo II – Consentimento Informado em Português

Declaração de Consentimento Informado

NOTA: A Declaração de Consentimento Informado a redigir, deve ser específica, verdadeira e esclarecedora do Estudo/Projeto de Investigação, devendo ser acrescentados dados considerados pertinentes ou eliminados os não aplicáveis.

Compete ao Investigador(es) prestar aos Participantes do Estudo/Projeto as informações necessárias ao Consentimento livre e esclarecido.

Sugere-se que seja anexo à Declaração de Consentimento Informado um folheto informativo e esclarecedor sobre o Estudo/Projeto para facultar aos Participantes.

AO PARTICIPANTE / REPRESENTANTE:

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento.

Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Caro Senhor(a)

No âmbito do Mestrado em Gerontologia, Ramo de Saúde, do 2º ano, ano lectivo 2018/19, ministrado pela Escola Superior de Educação e Ciências Sociais de Portalegre, a investigadora Mónica Adélia Pereira Rebelo pretende realizar um Estudo/projecto de investigação com o tema "De que forma a institucionalização do idoso pode influenciar o processo de envelhecimento ativo, na perspectiva dos enfermeiros?" e cujo objectivo principal é verificar qual o efeito da institucionalização do idoso, no seu processo de envelhecimento ativo e perceber ainda, se a institucionalização se constitui como condicionante nesse mesmo processo.

A evolução dos conhecimentos científicos, nos mais diversos domínios, tem sido possível graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da sua participação.

Asseguramos que neste estudo/projecto será mantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo.

Declaração de participante:

- Declaro ter compreendido os objectivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;
- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;
- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada.
- Declaro ter-me sido garantido que posso desistir de participar a qualquer momento;

Assim, depois de devidamente informado (a) e esclarecido(a) autorizo a minha participação neste estudo/projecto:

(localidade e data)

Nome: _____

Assinatura do Participante/ Representante (riscar o que não interessa)

BI/ CD n.º, data/ validade

Declaro que prestei a informação adequada e me certifiquei que a mesma foi entendida, ficando o participante informado e esclarecido:

Nome do investigador : Mónica Adélia Pereira Rebelo

Assinatura _____

Anexo III – Consentimento Informado em Alemão

Declaração de Consentimento Informado Einwilligungserklärung des Teilnehmers

NOTA: A Declaração de Consentimento Informado a redigir, deve ser específica, verdadeira e esclarecedora do Estudo/Projeto de Investigação, devendo ser acrescentados dados considerados pertinentes ou eliminados os não aplicáveis.

Compete ao Investigador(es) prestar aos Participantes do Estudo/Projeto as informações necessárias ao Consentimento livre e esclarecido.

Sugere-se que seja anexo à Declaração de Consentimento Informado um folheto informativo e esclarecedor sobre o Estudo/Projeto para facultar aos Participantes.

ANMERKUNG: Die zu erstellende der Einwilligungserklärung muss spezifisch, wahrheitsgetreu und die Forschungsstudie / das Projekt klarstellen, Daten, die als relevant erachtet werden, sollten hinzugefügt werden, oder diejenigen, die nichtzutreffend sind, sollten gelöscht werden.

Es liegt in der Verantwortung des Forschers, den Studienteilnehmern die erforderlichen Informationen zu einer freien und aufgeklärten Einwilligung zu stellen.

Es wird vorgeschlagen, auf der Einwilligungserklärung eine informative und geklärt Broschüre über die Studie / das Projekt beilegen, dass an den Teilnehmern zur Verfügung gestellt werden sollte.

Portugiesisch / Deutsch

AO PARTICIPANTE / TEILNEHMER:

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento.

Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Bitte lesen Sie den gesamten Inhalt dieses Dokuments sorgfältig durch.

Zögern Sie nicht, nach weiteren Informationen zu fragen, wenn etwas nicht ganz klar ist.

Caro Senhor(a) / Sehr geehrte(r) Frau/ Herr

No âmbito do Mestrado em Gerontologia, Ramo de Saúde, do 2º ano, ano lectivo 2018/19, ministrado pela Escola Superior de Educação e Ciências Sociais de Portalegre, a investigadora Mónica Adélia Pereira Rebelo pretende realizar um Estudo/projecto de investigação com o tema "De que forma a institucionalização do idoso pode influenciar o processo de envelhecimento ativo, na perspectiva dos enfermeiros?" e cujo objectivo principal é verificar qual o efeito da institucionalização do idoso, no seu processo de envelhecimento ativo e perceber ainda, se a institucionalização se constitui como condicionante nesse mesmo processo.

A evolução dos conhecimentos científicos, nos mais diversos domínios, tem sido possível graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da sua participação.

Asseguramos que neste estudo/projecto será mantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo.

Frau Mónica Adélia Pereira Rebelo, im Rahmen des Masterstudiums für Gerontologie, Gesundheit Gebiet, 2. Jahr des akademischen Jahres 2018/19, das von der Schule für Bildungs- und Sozialwissenschaften von Portalegre unterrichtet

wird, beabsichtigt ein Studien- / Forschungsprojekt zu machen mit der Thema: "Wie kann die Institutionalisierung älterer Menschen aus Sicht der Pflegekräfte den Prozess des aktiven Alterns beeinflussen?". Das Hauptziel besteht darin, die Auswirkungen der Institutionalisierung älterer Menschen in ihrem Prozess des aktiven Alterns zu überprüfen und zu verstehen, ob die Institutionalisierung eine Bedingung in demselben Prozess darstellt.

Dank des Beitrags der Forschung war die Entwicklung wissenschaftlicher Erkenntnisse in vielen Bereichen möglich. Daher ist es von großer Bedeutung, dass sie durch ihre Beteiligung zusammenarbeiten.

Wir stellen sicher, dass in dieser Studie / Projekt die Anonymität und Vertraulichkeit der Daten gewahrt bleibt, da die Forscher die Vertraulichkeit verpflichten.

Declaração de participante / Teilnehmererklärung::

- Declaro ter compreendido os objectivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;

- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;

- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada.

- Declaro ter-me sido garantido que posso desistir de participar a qualquer momento;

Assim, depois de devidamente informado (a) e esclarecido(a) autorizo a minha participação neste estudo/projeto:

- Ich bestätig, die Ziele, Risiken und Vorteile der Studie verstanden zu haben, geklärt vom Forscher, der dieses Dokument unterzeichnet.

- Ich bestätig, dass mir Gelegenheit gegeben wurde, alle Fragen zu diesem Thema zu stellen und für alle eine aufschlussreiche Antwort zu erhalten.

- Ich bestätig, dass mir versichert wurde, dass alle in dieser Studie erhaltenen Informationen streng vertraulich sind und dass meine Identität niemals preisgegeben wird.

- Ich bestätig, dass mir garantiert wurde, dass ich jederzeit von der Teilnahme zurücktreten kann.

Daher stimme ich nach ordnungsgemäßer Unterrichtung und Klärung meiner Teilnahme an dieser Studie / Projekt zu:

(localidade e data) / (Ort/ Datum)

Nome/ Name: _____

Assinatura do Participante / Unterschrift des Teilnehmers

B/ CD n.º; data/ validade / ID nummer

Declaro que prestei a informação adequada e me certifiquei que a mesma foi entendida, ficando o participante informado e esclarecido:

Ich bestätig, dass ich die entsprechenden Informationen bereitgestellt und sichergestellt habe, dass sie verstanden wurden und der Teilnehmer ist informiert und geklärt :

Nome do investigador / Forscher: _____

Assinatura/ Unterschrift _____